

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
*STRICTU SENSU* EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE**

**ANDERSON DE ALMEIDA ROCHA**

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS HOSPITALARES  
PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA**

**Diamantina  
2014**

**ANDERSON DE ALMEIDA ROCHA**

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS HOSPITALARES  
PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Aline de Andrade

**Diamantina**

**2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

R672a

Rocha, Anderson de Almeida

Avaliação da estrutura e dos processos hospitalares para melhoria da qualidade na assistência / Anderson de Almeida Rocha. – Diamantina: UFVJM, 2014.

123 p. : il.

Orientador: Renata Aline de Andrade

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Acreditação hospitalar. 2. Gestão em saúde. 3. Qualidade em saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**CDD 610.6**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS HOSPITALARES PARA  
A MELHORIA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA**

**ANDERSON DE ALMEIDA ROCHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 23/05/ 2014

Prof. Simone de Pinho Barbosa- UFJF

Prof. Luciana de Freitas Campos– UFVJM

Prof. Renata Aline de Andrade– UFVJM  
Presidente

DIAMANTINA  
2014

À minha família, aos meus novos e aos meus  
velhos amigos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força, ao Divino Espírito Santo por iluminar minha inteligência e fortalecer a minha vida para superar todos os obstáculos.

Aos meus pais, primeiros mestres.

À minha “camaradazica”, Simone, pelo incentivo.

Aos amigos do Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Aos colegas de caminhada nesse mestrado.

Aos professores sempre amigos.

Aos meus queridos Valério, Helen, Mateus, Karina, Marielly, Hugo, Filipe, Jussára, Adir, Flávio, Alessandra e Rodrigo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Renata Aline de Andrade por acreditar na construção desta “pirâmide” e possibilitar que esse projeto se fizesse real.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFVJM e seus funcionários.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde, Sociedade e Ambiente, sob a coordenação da Profa. Dra. Rosana Cambraia.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.

À Caixa de Assistência à Saúde da Universidade – CASU.

Finalmente, aos usuários que participaram deste, pela confiança, disponibilidade e comprometimento.

Vocês foram fundamentais para essa conquista.

## RESUMO

Os hospitais devem ser espaços saudáveis de cuidados da saúde, indo além do tratamento de doenças, com a prevenção de doenças e a promoção de saúde, contribuindo para o empoderamento da pessoa hospitalizada, para que essa possa controlar os fatores que influenciam sua saúde. O presente estudo objetivou avaliar a estrutura e os processos para melhoria na qualidade da assistência hospitalar, diagnosticar a situação atual da qualidade no atendimento a clientes de um hospital de referência regional, segundo o padrão de nível 1 da ONA e avaliar o conhecimento dos colaboradores do hospital sobre a Instituição que trabalham e acreditação hospitalar. Os veículos de participação da comunidade, a observância de locais de trabalho saudáveis para profissionais de saúde e o gerenciamento sustentável das organizações hospitalares devem ser ativamente comprometidas com o planejamento para a promoção da saúde. A metodologia utilizada foi um estudo observacional, descritivo, quantitativo, prospectivo, em uma instituição hospitalar público-privada filantrópica, do estado de Minas Gerais. Foram entrevistados 279 colaboradores, dos diversos setores do hospital, no intuito de se firmar um diagnóstico situacional institucional, por setor, baseado nos padrões da Organização Nacional de Acreditação. Concluiu-se que a qualidade não é feita somente de processos e modelos escritos, mas também de pessoas. Se não há uma compreensão homogênea dos ideais de qualidade, de seus conceitos e de sua cultura, presente em todos os envolvidos, nas diversas esferas dos processos, formando uma cadeia dirigida a um objetivo comum, então não haverá promoção da mudança necessária para a melhoria conjunta da qualidade na assistência. Há que se trabalhar a estrutura institucional para estabelecer envolvimento entre os profissionais no sentido de uma nova cultura de qualidade que reforce seus padrões e sua sustentabilidade econômica. Como proposta de intervenção o estudo apontou caminhos para implantação de processos de melhoria da assistência, pautados em indicadores assistenciais e gerenciais direcionados à Instituição cenário da pesquisa. Urge que se inicie uma política de desenvolvimento de macro e microprocessos voltados para a segurança do cliente no hospital em questão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acreditação hospitalar. Gestão em saúde. Qualidade em saúde.

## ABSTRACT

Hospitals should be healthy spaces health care, going beyond the treatment of diseases with disease prevention and health promotion, contributing to the empowerment of the hospitalized person so that this can control the factors that influence their health. The present study aimed to evaluate the structure and processes to improve the quality of hospital care, diagnose the current situation of quality in customer service of a regional referral hospital, according to the standard level 1 ONA and evaluate employee knowledge of hospital about the institution who work and hospital accreditation. The vehicles of community participation, observance of healthy workplaces for health professionals and sustainable management of hospital organizations must be actively committed to planning for health promotion. The methodology used was an observational, descriptive, quantitative prospective in a public-private philanthropic hospital, state of Minas Gerais. 279 employees, of various sectors of the hospital, were interviewed in order to establish an institutional situation analysis by sector, based on the standards of the National Accreditation Organization. It was concluded that the quality is not made only of written processes and models, but also of people. If there is not a homogeneous understanding of the ideals of quality, its concepts and its culture, present in everyone involved in the various spheres of processes, forming a chain driven to a common goal, then there promoting change necessary to improve joint of the quality of care. We must work to establish the institutional structure involvement among professionals towards a new culture of quality standards and strengthen their economic sustainability. As proposed intervention study identified approaches for deployment of improved care processes, guided by the Institution scenario targeted research assistance and management indicators. Urge that begins a policy of developing macro and micro processes focused on customer safety at our hospital.

**KEYWORDS:** Hospital Accreditation. Health management. Quality health.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1 - Concordâncias e discordâncias relativas ao conhecimento dos colaboradores do hospital | 30 |
| GRÁFICO 2 - Conhecimento dos colaboradores do hospital aos processos                              | 31 |
| GRÁFICO 3 - Concordâncias e discordâncias aos processos entre os setores do hospital              | 33 |
| GRÁFICO 4 - Avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade. Direção Hospitalar    | 35 |
| GRÁFICO 5 - Avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade. Garantia da Qualidade | 37 |
| GRÁFICO 6 - Avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade. Gestão Hospitalar     | 39 |
| GRÁFICO 7 - Avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade. Saúde Ocupacional     | 41 |
| GRÁFICO 8 - Avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade. Itens de orientação   | 43 |
| QUADRO 1- Indicadores propostos aos setores   | 46 |

## ABREVIATURAS

|      |   |
|------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas        |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida          |
| CAH  | Comissão para Acreditação Hospitalar            |
| CAPD | Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua        |
| CBA  | Colégio Brasileiro de Acreditação               |
| CCIH | Comissão de Controle da Infecção Hospitalar     |
| CEP  | Comissão de Ética e Pesquisa                    |
| CID  | Classificação Internacional de Doenças          |
| CNEN | Conselho Nacional de Enfermagem                 |
| CNS  | Conselho Nacional de Saúde                      |
| CPAP | Pressão Positiva Continua de Vias Aéreas        |
| CRM  | Conselho Regional de Medicina                   |
| DNA  | Ácido Desoxirribonucleico                       |
| DST  | Doença Sexualmente Transmissível                |
| ECG  | Eletrocardiograma                               |
| HTLV | Vírus da Imunodeficiência de Células T          |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IH   | Internação Hospitalar                           |
| IMV  | Ventilação Mandatória Intermitente              |
| MBAH | Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar     |
| NBR  | Norma Brasileira de Regulamentação              |
| O2   | Oxigênio  |
| OMS  | Organização Mundial de Saúde                    |
| ONA  | Organização Nacional de Acreditação             |
| PEEP | Pressão Positiva Expiratória Final              |
| PS   | Pronto Socorro                                  |
| PVC  | Preção Venosa Central                           |
| RN   | Recém-nascido                                   |
| SCIH | Setor de Controle da Infecção Hospitalar        |

SND Serviço de Nutrição e Dietética

SPECT Single Photon Emission Computadorized Tomography

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFVJM Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UTI Unidade de Terapia Intensiva

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.1</b>   | <b>O hospital .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>1.2</b>   | <b>O novo modelo de assistência hospitalar .....</b>                                    | <b>14</b> |
| <b>1.3</b>   | <b>Modelo de gestão com foco na acreditação hospitalar .....</b>                        | <b>18</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Objetivo geral .....</b>   | <b>23</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>Objetivos específicos .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>3</b>     | <b>METODOLOGIA .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>Tipo de estudo .....</b>   | <b>24</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>Local do estudo .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>População do estudo e coleta de dados .....</b>                                      | <b>24</b> |
| <b>3.4</b>   | <b>Delineamento do estudo .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>3.5</b>   | <b>Coleta de dados .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>3.5.1</b> | <b>Avaliação do conhecimento dos profissionais sobre a acreditação hospitalar .....</b> | <b>25</b> |
| <b>3.5.2</b> | <b>Mapeamento dos processos .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>3.5.3</b> | <b>Diagnóstico de qualidade no atendimento .....</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>3.6</b>   | <b>Proposta de intervenção .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>3.6.1</b> | <b>Capacitação sobre Acreditação Hospitalar .....</b>                                   | <b>27</b> |
| <b>3.6.2</b> | <b>Comissão para Acreditação Hospitalar .....</b>                                       | <b>27</b> |
| <b>3.6.3</b> | <b>Indicadores assistenciais e de gestão .....</b>                                      | <b>27</b> |
| <b>3.7</b>   | <b>Aspectos éticos .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>3.8</b>   | <b>Análise de dados .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>4</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>5</b>     | <b>CONCLUSÃO .....</b>  | <b>50</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>52</b> |
|              | <b>ANEXOS .....</b>   | <b>60</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O Hospital

A origem da Instituição Hospitalar perde-se na antiguidade. Estabelecimentos de saúde na Babilônia já eram relatados cinco séculos antes de Cristo (ROTTA, 2004). Segundo Foucault (1981), os primeiros hospitais datam do final do século XVIII, onde serviam para separar os enfermos da sociedade, para esperar a morte, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente. O hospital, a partir da metade do século XIX, constitui-se num sistema voltado à atenção do enfermo de forma multiprofissional agregando complexidade ao seu funcionamento e gerenciamento, com funções distribuídas em uma diversidade de departamentos e unidades (ROTTA, 2004).

Historicamente, percebe-se grande dificuldade em visualizar o hospital como empresa, pela especificidade de sua clientela, uma vez que, inicialmente essa Instituição era de caráter religioso e humanitário (FELDMAN, 2009). O Hospital com as características observadas nos dias atuais é algo muito recente. Uma organização como instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doentes é uma invenção relativamente nova (GURGEL JUNIOR, 2002). As guerras levaram à necessidade dos hospitais serem um campo documental normatizado, além de um espaço de cura (FOUCAULT, 1981).

Para a Organização Mundial de Saúde, OMS, os hospitais devem ser espaços saudáveis de cuidados da saúde, indo além do tratamento de doenças com a prevenção e a promoção de saúde positiva, contribuindo para o empoderamento da pessoa hospitalizada, para que essa possa controlar os fatores que influenciam sua saúde. Incluem-se nesse contexto os veículos de participação da comunidade, a observância de locais de trabalho saudáveis para profissionais de saúde, e o gerenciamento sustentável das organizações hospitalares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde do Brasil, o hospital “é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde.” Em um sentido amplo, o hospital deve oferecer assistência continuada, a fim de reintegrar o indivíduo ao meio, fazendo parte

de uma grande rede de assistência, organizando vários elementos desta, internos e externos (NOVAES, 1992). Apesar de ainda ser reafirmado que instituições de saúde deveriam manter-se como centro para o cuidado de doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde ao setor de saúde pública, também é sustentado, que o hospital é parte importante da comunidade e que toda Instituição, especialmente aquelas envolvidas com o serviço público, deve ser ativamente comprometida com o planejamento para a promoção da saúde (SILVA *et al*, 2011).

O hospital é considerado um lugar estratégico de intervenção, na perspectiva da reforma do sistema de saúde. Silva (2011) afirma que é possível pensar em promoção da saúde, em educação em saúde, em criação de vínculos, no espaço hospitalar. No entanto, pondera-se que para isso a prática no interior dos hospitais precisa ser repensada, assim como a relação médico-paciente, médico-equipe e sistema de saúde como um todo. É preciso introduzir a ideia de cliente, concebendo o usuário como legítimo portador de direitos e necessidades. O conceito de cliente deve ser construído a partir de uma ética de solidariedade e compromisso com a construção da cidadania.

## **1.2 O novo modelo de assistência hospitalar**

A Carta de Ottawa, em 1986, traz a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com uma maior participação e controle social (BRASIL, 2002). Nesse documento são identificados cinco campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (SILVA, 2011). A promoção da saúde insere-se na perspectiva de um novo modelo de atenção que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico (GURGEL JUNIOR, 2002). Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltados às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares. Ainda, segundo a Carta de Ottawa, a Instituição Hospitalar deve promover saúde, sem deixar de prover cuidados clínicos de urgência, e objetivar ações que possam alcançar ao indivíduo, à família e à comunidade.

As necessidades atuais dos indivíduos suscitam um novo olhar, uma nova cultura dentro dos hospitais, que têm como objeto a saúde e não a doença; a implementação de políticas no intuito de orientar as instituições de saúde para a saúde da comunidade, sua capacitação e sua educação já é uma realidade (JONHSON, 2000).

Acredita-se que hoje seja possível uma mudança de paradigma, no que diz respeito à promoção da saúde em ambientes hospitalares (SILVA, 2011).

Nesse sentido, enfatiza-se o campo de atuação da promoção da saúde no que concerne à reorientação dos serviços de saúde, que, segundo a Carta de Ottawa, compreende uma mudança gradativa da instituição em direção à promoção da saúde, sem perder o seu papel de prover cuidados clínicos e de urgência (SILVA, 2011). Para isso, as práticas desenvolvidas nesses locais precisam ser reorientadas no sentido de se tornarem condizentes com o que é proposto para se alcançar a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2002).

Nas últimas décadas tem havido crescente preocupação em proporcionar uma assistência em saúde segura aos pacientes. Embora atualmente os avanços científicos na área da saúde promovam o tratamento de diversas doenças, evidências apontam que o paciente está sujeito a riscos enquanto usuário dos serviços de saúde (RODRIGUES, 2002).

Nas organizações de saúde, uma cultura de segurança resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização. De uma forma breve e intuitiva, a cultura organizacional também pode ser compreendida como “[...] a forma como as coisas são feitas por aqui” (MELLO, 2013).

É suscitado para o processo de mudança, o desenvolvimento de uma abordagem mais sistemática que envolva a reorientação do sistema de valores destas instituições. Essa abordagem sistemática deve ser direcionada às necessidades do indivíduo, dos trabalhadores e da comunidade atendida. As atividades de promoção da saúde nesses locais devem educar e motivar o indivíduo a reduzir seus riscos, prevenir doenças e ajudar os indivíduos a maximizar seu potencial de saúde e bem-estar, através de uma abordagem positiva de estilo de vida. As instituições hospitalares devem tornar-se um espaço saudável de cuidado da saúde, oferecendo tratamento de qualidade, que busque o “empoderamento” dos pacientes para o controle dos fatores que influenciam sua saúde.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, várias políticas racionalizadoras foram implementadas com a intenção de estruturar o conjunto de ações dos

serviços de saúde, dentre elas as do âmbito hospitalar, que buscam a interdisciplinaridade e a participação dos usuários, de forma a criar uma interação entre hospital e comunidade, além de promover a saúde dos profissionais que trabalham no hospital (JONHSON, 2000), sendo possível pensar em promoção da saúde, em educação em saúde e em criação de vínculos no espaço hospitalar.

O novo hospital pode e deve ser um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes colaborando ativamente na formação de novas relações dentro do sistema de saúde (ROLLO, 2006). Segundo o IBGE (2014), haviam no Brasil 6.837 hospitais, sendo 70% privados, 21% municipais, 8% estaduais e 1% federais.

Observa-se, nas últimas décadas, em vários países, uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência desses serviços (CAMACHO, 1998). Existem nessas organizações algumas especificidades de natureza econômica e organizacional que podem se colocar como possíveis obstáculos à introdução de programas de qualidade (NOGUEIRA, 1994), como: leis de mercado; variabilidade da assistência demandada; ignorância dos clientes, no sentido de não terem como julgar seu tratamento nem suas necessidades; a forma de consumo do serviço de saúde, que em seu caráter imediatista, não corrobora com o controle prévio da qualidade; além do serviço ser prestado de forma multiprofissional, com variados graus de formação, escolaridade e interesses (GURGEL JUNIOR, 2002).

As leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não mercantis, que se impõem independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados. A concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações hospitalares (BORBA, 2009).

A variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente, o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços (GURGEL JUNIOR, 2002); por serem geralmente leigos e não terem capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, os clientes apontam para uma assimetria de informação neste mercado, o que dificulta o exercício das suas opções de consumo. Este é realizado de forma imediata à produção e, portanto, não há tempo para o controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final; a produção do serviço é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos,



concomitantes ao seu consumo.

Para Berwick (1994), os setores administrativos, os serviços de apoio logístico e as demais áreas que garantem o funcionamento dos setores operacionais impedem que estes desperdicem seu tempo na resolução de problemas não assistenciais e que se concentrem em funções que melhorem seus resultados. No Brasil, historicamente, há um desperdício significativo de recursos. Este fato, aliado à crise de gestão do setor saúde no Brasil, que se expressa pela precariedade da assistência hospitalar tem justificado o esforço para implantação de programas de qualidade, com o objetivo de atender ao apelo da promoção da melhoria dos serviços prestados e redução de desperdícios (GURGEL JUNIOR, 2002).

Avedis Donabedian em seus estudos sobre a qualidade no atendimento hospitalar estabelece um delineamento que permite avaliar os serviços de saúde de forma ampla, possibilitando uma visão sistêmica dos componentes envolvidos na produção hospitalar e no entendimento contínuo dessas instituições (DONABEDIAN, 1966).

A implantação da gestão pela qualidade objetiva o desenvolvimento de todas as áreas da Instituição, contribuindo para uma visão sistêmica. Os hospitais têm seus usuários, hoje, não mais como pacientes e sim como clientes de uma empresa prestadora de serviços (BORBA, 2006). Como tal, o serviço hospitalar vem passando por uma reestruturação social, tecnológica e gerencial, a fim de se traduzir efetivamente como empresa, com programas de gestão estruturados pela qualidade, de forma a atender e superar as necessidades de seus clientes, através do aperfeiçoamento contínuo do processo de trabalho, primando pelo melhor desempenho da empresa, baseada em dados que traduzam credibilidade (BORBA, 2009).

Para Donabedian (1992), os fundamentos para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde partem dos conceitos de estrutura, de processo e de resultado, onde se tem como estrutura os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários à assistência médica; como processo, o envolvimento entre profissionais de saúde e pacientes, com análise do ponto de vista técnico ou administrativo; e como resultado, o advento do produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas.

As organizações hospitalares devem subordinar o conceito de eficiência a critérios de eficácia, de efetividade e de relevância, com indicadores de desempenho organizacional (NOGUEIRA, 1994). A gestão estratégica da qualidade propõe uma abordagem sobre as organizações hospitalares que engloba uma multiplicidade de fatores, além de enfatizar aspectos gerenciais aliados aos processos (QUINTO NETO, 1997). Para tanto, o planejamento estratégico em saúde capacita os gestores a identificar as suas demandas e a procurar o melhor meio de resolvê-las (SPILLER, 2009).

Donabedian (1992) define sete pilares da qualidade que endossam essa estratégia, a saber:

“eficácia, como a capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar; efetividade, que pode ser especificada como sendo o grau em que o cuidado alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm definidos como alcançáveis; eficiência, como a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada; otimização, de maneira que os cuidados da saúde em relação aos custos não sejam tão desproporcionais a ponto de perderem sua razão de ser; aceitabilidade, tratada como a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias; legitimidade, entendida como a visão da aceitabilidade pela comunidade ou sociedade; e equidade, princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população” (DONABEDIAN, 1992).

Tais pilares fundamentam a perspectiva do direito à saúde como um bem público, dentro do contexto da cidadania.

### **1.3 Modelo de gestão com foco na Acreditação Hospitalar**

A gestão desenvolvida no modelo hospitalar moderno contempla as expectativas do cliente e de seus colaboradores internos e externos, com disposição a atender todas as demandas de um mundo competitivo (CORREIA, 2008). Para que alguém seja cliente de alguém ou de alguma organização deve ser-lhe respeitado o direito de escolha sobre o que lhe é oferecido e o contrato entre eles deve ser de natureza mercantil, o que não acontece nas instituições hospitalares, onde o produto do negócio é a saúde do “cliente” (GURGEL JUNIOR, 2002).

No serviço de saúde, o cliente se envolve com o produto e interage com ele, de forma personalizada, uma vez que o serviço é realizado juntamente com o usuário, preenchendo as suas necessidades e correspondendo às suas expectativas (SILVA, 2011). Os serviços de saúde são caracterizados pelo alto contato entre seus prestadores e clientes, além de ter seus processos definidos como uma sequência de serviços que se interligam para criar experiências e resultados valorados por seus clientes (LOVELOCK E WIRTZ, 2006), diferentemente de outros modelos de prestação de serviço onde o cliente não interage, nem se envolve em nenhum momento do processo, desde a produção ao resultado final. Isso faz com que, nos

serviços de saúde, a análise estratégica deva estar bem embasada, focada em seus objetivos, ponderando os fatores críticos para o sucesso, e tendo no planejamento corporativo a principal ferramenta no processo negocial empreendido, buscando “expressar fundamentos reconhecidos internacionalmente, e que podem se traduzir em melhores práticas e resultados” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Para tal, muitas instituições buscam atingir padrões de qualidade através do processo de acreditação hospitalar. No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) “desenvolve e opera um sistema com o intuito de contribuir efetivamente para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde e atingir a satisfação de seus clientes; estabelece o planejamento, a padronização, a análise e a melhoria contínua de seus processos e resultados”.

Esse modelo busca promover o controle de qualidade do atendimento hospitalar, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção ao cliente com qualidade na sua assistência, de maneira que todos os serviços prestados devam atingir um padrão fazendo com que o funcionamento de um componente interfira em todo o conjunto e no resultado final, fazendo o cliente reconhecer a Instituição como confiável e segura, com visão de perspectiva de mercado futuro, bem alicerçada, a custos reduzidos e com garantia de legitimidade e ética nos resultados.

O sistema brasileiro de acreditação hospitalar, operacionalizado ONA, busca promover o desenvolvimento de processos permanentes de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção de forma a garantir a qualidade na assistência e cuidado humanizado (MANZO, 2013).

Entende-se qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade, permanente identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e definidos, com participação de todos os envolvidos no processo (NOVAES, 1992).

O cenário de insatisfação nos serviços de saúde instigou a criação de um padrão de qualidade, definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, risco mínimo ao usuário, alto grau de aceitação dos clientes e efeito favorável na saúde (MANZO, 2013).

O Programa de Acreditação Hospitalar avalia os recursos institucionais, de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e com foco na educação continuada dos profissionais com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (FELDMAN, 2005) considerados como ideais e concretizáveis. Propicia

um compromisso visível por parte da Instituição, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado com os pacientes, garantindo um ambiente seguro também para os profissionais de saúde, constituindo-se numa ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

A acreditação é um processo no qual uma entidade, geralmente não governamental, separada e independente da Instituição de Saúde, avalia a Instituição para determinar se ela atende a uma série de padrões criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado. É tanto um processo educacional, que leva instituições e profissionais de saúde, a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência como um processo de avaliação e certificação da qualidade, que analisa o grau de desempenho alcançado pela Instituição de acordo com padrões pré-definidos (MANZO, 2013).

Ainda segundo Manzo:

A acreditação contribui para a mudança progressiva e planejada de hábitos e traz à tona a necessidade de mudanças, como por exemplo, na valorização das pessoas e na comunicação organizacional. Os profissionais são o cerne da política de qualidade, pois têm papel essencial na implantação e manutenção do processo, e devem se engajar na cultura de melhoria centrada no cliente e que atendam os requisitos da ONA. A comunicação é imprescindível ao sucesso das organizações, por impulsioná-las, gerando forças indispensáveis à sua dinâmica, contribuindo para criar, reforçar ou modificar comportamentos essenciais à concretude do modelo de gestão da qualidade. Assim, parte da eficiência da empresa será determinada pelo grau de satisfação dos colaboradores e pela rede de comunicações organizada.” (MANZO, 2013).

Considera-se a acreditação como uma proposta política de qualificação de serviços de saúde que, ao ser moldada para atender às necessidades e limitações de cada país, modifica suas características e deixa de ser um modelo único.

A Acreditação Hospitalar surge como uma possibilidade de assegurar aos usuários e aos profissionais a segurança indispensável aos serviços de saúde de forma que os serviços prestados tenham a máxima excelência garantindo à Instituição a boa reputação e a confiança de todos que atuam no processo (CORREIA, 2008).

A acreditação hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital e seu modelo de avaliação constitui num pilar fundamental de garantia da assistência à saúde, sendo

entendida como um bom instrumento de gestão (MANZO, 2012). É uma ferramenta voltada a avaliar a gestão da qualidade em organizações de saúde, especialmente as hospitalares. Trata-se de uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos, que podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, mas que definam os diferentes níveis de satisfação e qualificação (ROTTA, 2004).

Para que se obtenham os melhores resultados, as instituições devem estar pautadas em alguns fundamentos que permitam uma permanente avaliação e aprimoramento contínuo da atenção, com foco na melhoria da qualidade e no cliente, gerando valor e atendendo às expectativas deste de forma integrada (Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010).

O estudo da qualidade envolve, além de um conjunto de técnicas, uma dimensão mais ampla de ações do processo social, cujos elementos principais para o seu desenvolvimento são aqueles que atuam e exercem seu papel nesse processo (MANZO, 2012). Todo esforço de melhoria de uma organização deve iniciar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e desenvolvimento da concepção ética do trabalho.

Observa-se, portanto, que a implementação do sistema de qualidade não é tarefa simples, mas contrariamente, se apresenta como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais que buscam adequar seus processos de trabalho a excelência no atendimento (MANZO, 2012).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um instrumento de avaliação da qualidade institucional e se compõe por seções e subseções representativas dos setores, serviços ou unidades que possuam características semelhantes, no intuito de se avaliar a Instituição de forma sistêmica (BRASIL, 2006).

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação:

O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços de saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais. O instrumento de avaliação é composto de seções e subseções, onde, para cada subseção existem padrões independentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos. O princípio do nível 1 é Segurança. A Instituição deve atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura, de forma a executar as atividades proporcionando a segurança do paciente\cliente, conforme o

perfil e porte da organização (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Segundo Correia:

O ambiente hospitalar tem como missão a permanente melhoria da qualidade de sua gestão e de sua assistência com interdisciplinaridade entre as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, social e assistencial, com uma visão estratégica focada na eficácia do atendimento ao cliente, antes dito paciente, procurando utilizar ferramentas de qualidade em todos os seus processos, com eficiência organizacional, de maneira que: as gestões, de pessoas e de processos, o planejamento estratégico, os sistemas de informação e a assistência clínica estejam voltados para a redução dos custos, com excelência na qualidade, tendo como base a segurança e a satisfação do cliente, com reflexo social e econômico positivos, de maneira que a Instituição possa ser acreditada pelos seus usuários e colaboradores, não limitando sua assistência e primando pela qualidade dos serviços prestados a fim de beneficiar também parceiros, prestadores de serviço e fornecedores, criando uma cadeia de processos interligados a objetivo comum (CORREIA, 2008).

A ONA é uma organização privada sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos “a implantação e a implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2000).

As instituições acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde o âmbito nacional (FELDMAN, 2009). O objetivo dos padrões de acreditação hospitalar é ficar à frente dos últimos progressos técnicos nas organizações hospitalares. A partir de padrões previamente estabelecidos e tidos como referência é que se procede à avaliação e se obtém o certificado de acreditação hospitalar. No Brasil, entre 1999 e 2002, havia 6.528 instituições de saúde, 195 destas foram avaliadas, das quais 36 foram acreditadas; porém, apenas 27 conseguiram manter o nível de conformidade de hospital acreditado (FELDMAN, 2009).

A avaliação e a garantia da qualidade se constituem pela estrutura e processos e pela mensuração de resultados da Instituição (DONABEDIAN, 1992). O uso extensivo dos indicadores por organizações de saúde estimulou muitas ações para melhorar os cuidados do paciente, evidenciando a melhoria dos processos e resultados institucionais. Os indicadores

são ferramentas de mensuração da qualidade com a finalidade de definir, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho do processo de trabalho (MALIK E SCHIESARI, 1998). A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de acreditação hospitalar aponta uma direção positiva na melhoria da assistência ao paciente e estabelece níveis crescentes de qualidade. O futuro das organizações hospitalares será o de possuírem algum tipo de certificação (FELDMAN, 2009).

A acreditação hospitalar foi criada como uma ferramenta de avaliação dos riscos ocorridos em ambientes hospitalares com o intuito de proteger o profissional que atuava nessas unidades. A ferramenta é comumente apresentada como um dispositivo que propicia produção de qualidade nos hospitais e serviços de saúde.

O processo de acreditação hospitalar desencadeia o processo de melhoria da qualidade, independente do seu *modus operandi*. Ele não é único e aposta na criação de uma cultura de qualidade e dessa forma permite um arranjo influente no sistema de saúde, com clara contribuição para promoção da saúde. A acreditação hospitalar adquire distintos significados em função das distintas relações que exerce, sem, contudo perder seu potencial de contribuição na promoção da qualidade do sistema de saúde, sendo compreendida no contexto das políticas que delimitam esses sistemas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a estrutura e os processos para melhoria na qualidade da assistência hospitalar.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Diagnosticar a situação atual da qualidade no atendimento a clientes de um hospital de referência regional, segundo o padrão de nível 1 da ONA.
- Avaliar o conhecimento dos colaboradores do hospital sobre a Instituição que trabalham e acreditação hospitalar.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, quantitativo, prospectivo, buscando desenvolver ferramentas de gestão de qualidade na assistência hospitalar. Numa fase preliminar, foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica sobre acreditação hospitalar, segurança do paciente e gestão de serviços de saúde. Os conhecimentos obtidos nesta revisão subsidiaram a elaboração de um roteiro de entrevistas, que foi realizado a partir de um questionário elaborado com extração dos quesitos de avaliação da ONA em seu manual de acreditação hospitalar, versão 2010.

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar público-privada filantrópica, em um município de Minas Gerais, com 47.647 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013) e possui uma rede de serviços públicos de saúde de referência macro e microrregional.

O hospital possui 75 leitos, dos quais 67 são destinados ao SUS e atende uma população de 374.945 pessoas com referência para 52 municípios.

#### **3.3 População do estudo e coleta de dados**

Foram solicitados a todos os colaboradores internos do hospital (n=279) que respondessem a quesitos de qualidade para identificar concordâncias e discordâncias aos padrões da ONA. Durante a pesquisa, a amostra passou para 151 colaboradores devido a não adesão de alguns setores do hospital e do desmembramento de outros que passaram a formar uma nova Instituição. Parte dos colaboradores (n=10), em um último momento, foram entrevistados.



### **3.4 Delineamento do estudo**

O pesquisador propôs à direção do Hospital o delineamento de requisitos de acreditação hospitalar da ONA, em nível 1.

Inicialmente, em uma visita técnica, foi possível conhecer a estrutura do hospital e sua complexidade. Em seguida, deu-se início às reuniões envolvendo o pesquisador e a alta administração do hospital. Nessas reuniões, foram explicitados os propósitos da pesquisa, as condições necessárias à sua realização e seu objetivo principal.

O pesquisador se manteve em ambiente hospitalar diariamente, em turnos alternados, para observar a rotina de trabalho dos profissionais e as necessidades de adequação da organização do trabalho.

Elaborou-se um instrumento com quesitos retirados do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH), da ONA, contemplando temas pertinentes ao padrão de nível 1 (Anexos 1 e 2).

Avaliou-se, com o Anexo 1, o conhecimento dos colaboradores internos do hospital a respeito do processo de gestão da qualidade pelo modelo de acreditação hospitalar.

Buscou-se formar uma cultura de qualidade na assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) através de discussões sobre o tema, nos diversos setores, no horário regular de trabalho dos colaboradores.

Foi feito um diagnóstico setorial da Instituição com base nas respostas a esse instrumento. Os dados foram apresentados em gráficos para a administração do hospital. Essa, por sua vez, nomeou um grupo de colaboradores que se reuniu em comissão para elaboração de propostas de indicadores de melhoria da qualidade. Houve a necessidade da elaboração desse gabarito para que se pudessem comparar as respostas obtidas com os padrões ideais de acreditação hospitalar.

### **3.5 Coleta de dados**

#### **3.5.1 Avaliação do conhecimento dos profissionais sobre Acreditação Hospitalar**

Todos os colaboradores que trabalhavam no hospital responderam um questionário contemplando os quesitos pautados nos padrões da ONA (anexo 1) a respeito de seus conhecimentos em relação a: a administração da instituição; a saúde do trabalhador; a gestão hospitalar; assistência ao cliente; o controle de infecção e a acreditação hospitalar.

### **3.5.2 Mapeamento dos processos**

Foi implantado o mapeamento dos macroprocessos, os quais foram identificados em reuniões entre a alta administração e CAH, e depois de mapeados foram formalizados e documentados através dos procedimentos dos setores diretamente envolvidos.

Foi desenvolvido um modelo de procedimento operacional padrão (POP) considerado prático e de fácil visualização.

Foram realizadas sessões de treinamento com os colaboradores dos setores visando explicar conceitos envolvidos, que deveriam ser compreendidos pelos profissionais para que conseguissem repassar e adequar as informações dos processos.

Foram elaborados e implantados indicadores conformes ao manual da ONA, a fim de medir e monitorar desempenhos e riscos. Esses seriam continuamente monitorados.

### **3.5.3 Diagnóstico de qualidade no atendimento**

Foi realizado um diagnóstico situacional do hospital utilizando um questionário elaborado conforme as exigências da ONA para o padrão de acreditação nível 1 (anexo 2). Os setores avaliados abrangeram as áreas assistenciais e técnica; de forma a contemplar os quesitos de acreditação hospitalar.

Após analisados os dados e discutidos seus resultados na comissão, foi proposta a criação de um grupo, com os membros dessa, para analisar os requisitos mínimos da ONA, por setor, e verificar quais itens estavam concordantes ou não com o MBAH, versão 2010.

### **3.6 Proposta de intervenção**

#### **3.6.1 Capacitação sobre Acreditação Hospitalar**

Aos colaboradores do hospital foi ofertado um simpósio intitulado: I Simpósio Interdisciplinar em Qualidade na Assistência Hospitalar (Anexo 7) que objetivou: divulgar a pesquisa, disseminar seus fundamentos e propósitos e difundir os conceitos de Acreditação Hospitalar, Qualidade na Assistência Hospitalar e Segurança do Paciente.

O simpósio foi realizado em parceria com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob o registro da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC No. 064.2.097.2013) com o apoio da diretoria do hospital, com duração de 8 horas, tendo acontecido em duas datas, 28/09/2013 e 19/10/2013, na intenção de que todos os colaboradores participassem sem prejuízo de suas atividades laborais.

#### **3.6.2 Comissão para Acreditação Hospitalar**

Em conjunto com as direções clínica, técnica e administrativa do hospital foi criada uma Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH), constituída por 10 colaboradores dos diversos setores do hospital, responsável pela discussão dos processos administrativos e assistenciais e elaboração de propostas para a melhoria dos serviços hospitalares na Instituição, pautando-se na qualidade e na segurança, na expectativa de se conseguir acreditação hospitalar nível 1 da ONA.

A CAH foi composta pelos coordenadores de cada setor.

#### **3.6.3 Indicadores assistenciais e de gestão**

Propuseram-se indicadores que estabelecessem metas específicas por setor, visando atender às propostas da CAH para contemplar as exigências da ONA.

### **3.7 Aspectos éticos**

A pesquisa atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), aprovado com o parecer consubstanciado número 569.341, além de autorizada pela diretoria do Hospital, por meio de carta de copartícipe (Anexo 4)

Os participantes do estudo foram esclarecidos e orientados quanto aos objetivos da pesquisa, à liberdade de interromper a participação em qualquer fase da mesma e no momento em que julgar necessário, à preservação da sua privacidade, sigilo de sua identidade, à confidencialidade das informações prestadas e ao seu direito de acesso aos resultados obtidos pelo estudo. Na sequência, foi solicitada sua anuência por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 5).

### **3.8 Análise dos dados**

Os dados foram armazenados utilizando-se o programa Excel. Foi realizada uma análise descritiva das informações coletadas no estudo. Foram confeccionados gráficos de frequências absolutas que expressavam percentual de respostas concordantes e discordantes encontradas no questionário de avaliação do conhecimento dos colaboradores sobre acreditação hospitalar (anexo 1).

## **4 Resultados e Discussão**

A organização hospitalar apresenta estrutura orgânica extremamente complexa, na medida em que exige conhecimentos específicos necessários para gerir recursos físicos e

humanos. Em épocas passadas, era administrada por curiosos, religiosos, militares e médicos que não tinham conhecimentos suficientes para geri-la (BURMASTER, 2013).

Os hospitais são responsáveis por significativa e complexa parcela dos cuidados de saúde prestados aos pacientes (VICENT, 2009). O conceito de segurança hospitalar que abrange a dimensão do desempenho é o que apresenta o hospital como uma estrutura apropriada que usa os processos de cuidados que previnem ou reduzem danos ou riscos aos pacientes, aos profissionais e ao ambiente. Os indicadores de segurança que melhor mensuram a qualidade são os que corroboraram com o melhor padrão de desempenho e aplicabilidade, com foco na prevenção de agravos à saúde, na integração e na continuidade do cuidado, observando a eficiência, a eficácia e a confiabilidade dos cuidados centrados no paciente.

No entanto, pela lógica do mercado, sobrevive o hospital que produz melhores produtos, por meio de uma agressiva política de incorporação tecnológica e de um crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos (BURMASTER, 2013). Quem não se atualiza nos processos de gestão corre o risco de não manter suas portas abertas (SPILLER, 2009).

Frente a essa perspectiva, buscou-se avaliar o conhecimento dos colaboradores no tangente à realidade da instituição em que trabalham e à acreditação hospitalar, através de um instrumento feito do extrato de quesitos formais do MBAH da ONA abordando: administração hospitalar, saúde do trabalhador, serviços assistenciais, infecção hospitalar e acreditação hospitalar.

Iniciou-se a avaliação do conhecimento fazendo um inquérito aos 279 colaboradores, como uma possível auditoria da ONA. Classificaram-se como concordantes as respostas que se mostraram de acordo com manual da ONA, em discordantes as que não se adequavam.

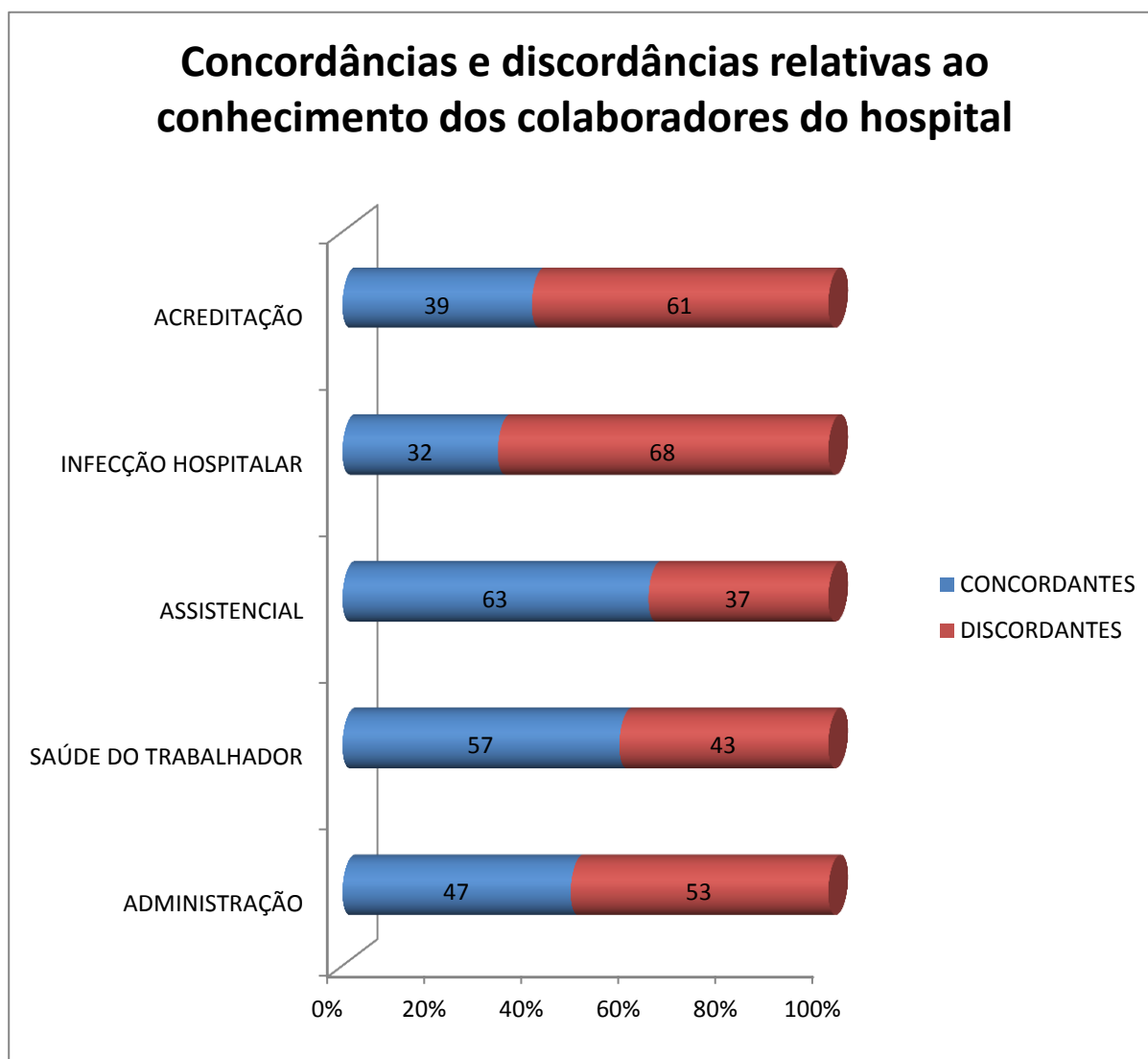


Gráfico 1: concordâncias e discordâncias relativas ao conhecimento dos colaboradores do hospital, por setor, quanto aos processos do hospital em relação aos padrões da ONA, em percentual. Minas Gerais, 2014 (n=279).

Esses resultados sugeriram que a Instituição possui processos conhecidos e que permitem o desenrolar das ações diárias, mas não estão em consonância com os padrões de qualidade da ONA. Já na assistência ao cliente, os padrões de qualidade estão mais alinhados à qualidade esperada pelo MBAH. Acredita-se que os padrões de qualidades são intrínsecos ao colaborador e às suas ações individuais do que à sequência de processos a que esse é subordinado e não aos padrões de um determinado modelo.

Supondo-se que os colaboradores tivessem sido auditados pela ONA, as respostas registrariam índices muito discrepantes. Não se pode afirmar que os processos instalados no hospital, para os diversos setores em separado, não possuíam padrão de qualidade, apenas que esses padrões não se adequavam aos da ONA.

No Gráfico 2, foi demonstrado o resultado obtido com essa observação.

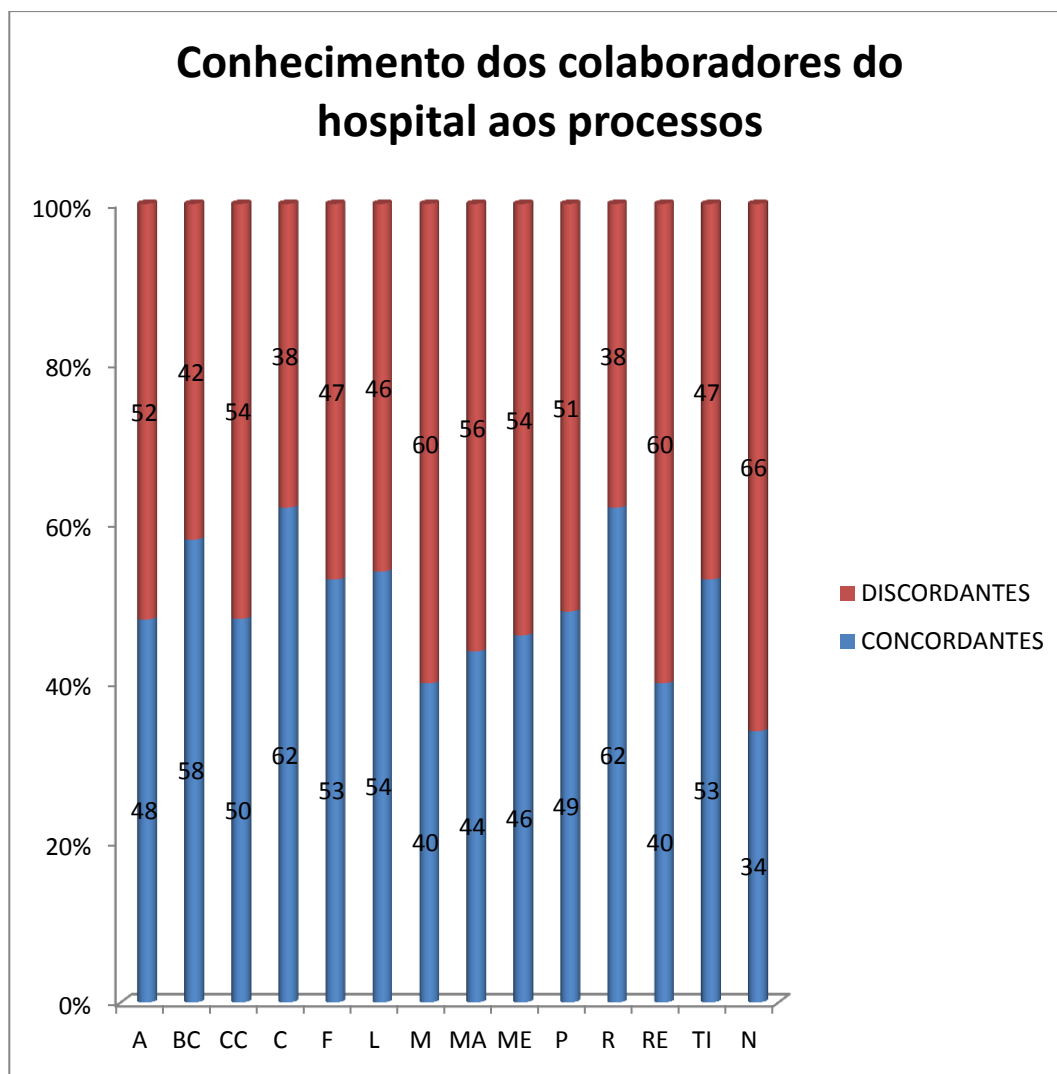


Gráfico 2: concordâncias e discordâncias relativas ao conhecimento dos colaboradores do hospital, por setor, quanto aos processos, em percentual. Minas Gerais, 2014 (n=279). (N= Nutrição, R= Radiologia, TI= Terapia Intensiva, RE= Recepção, P= Pediatria, ME= Médicos, M= Maternidade, MA= Manutenção, L= Limpeza, F= Farmácia, C= Coordenação, CC= Clínica Cirúrgica, BC= Bloco Cirúrgico, A= Administração).

Suscita-se que os colaboradores da Instituição entendem a importância do processo de melhoria da qualidade e afirmam que a mesma não possui padrões de referência seguros conforme os quesitos da ONA.

A percepção dos profissionais sobre as implicações do processo de acreditação hospitalar no seu cotidiano de trabalho se diferencia, segundo MANZO (2012), tendo o enfermeiro uma formação com competência para os processos gerenciais que se inserem na prática de tomadas de decisões que vão impactar na qualidade e resultado institucional. Essa afirmativa corrobora com os resultados desse trabalho, uma vez que se verificaram melhores índices nos setores assistenciais, em geral, em relação aos administrativos, onde havia a presença do enfermeiro como coordenador.

A mudança na gestão da qualidade requer envolvimento da alta administração do hospital que deve se esforçar em incorporar na equipe conceitos que definam os padrões e os valores de forma a definir uma cultura de melhoria contínua buscando uma estratégia conjunta de promoção da saúde, alinhando os processos assistenciais aos administrativos (BURMASTER, 2013).

Espera-se, portanto, que a partir do maior conhecimento sobre as implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano dos profissionais de saúde, barreiras sejam rompidas, comportamentos se alterem e o agir se qualifique.

A administração hospitalar deve pautar sua gestão na busca por melhores práticas, atentando para a segurança do cliente e dos seus colaboradores, gerenciando a qualidade e sua total aplicabilidade dentro de um contexto de mercado, voltado a se manter ativa, desenvolvendo uma visão crítica com incremento gerencial voltado ao sucesso. O hospital deve ter processos administrativos claros e em consonância com os processos assistenciais (SALU, 2013).

Aos colaboradores do hospital foi ofertado um simpósio intitulado: I Simpósio Interdisciplinar em Qualidade na Assistência Hospitalar (anexo VII) que objetivou: divulgar a pesquisa, disseminar seus fundamentos e propósitos e difundir os conceitos de Acreditação Hospitalar, Qualidade na Assistência Hospitalar e Segurança do Paciente.

O simpósio foi realizado em parceria com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob o registro da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC No. 064.2.097.2013), com a Caixa de Assistência à Saúde da Universidade (CASU), com a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), com o apoio da diretoria do hospital, com duração de 8 horas, tendo acontecido em duas datas, 28/09/2013 e 19/10/2013, na intenção de que todos os colaboradores participassem sem prejuízo de suas atividades laborais.

Apesar de terem sido escolhidas datas de maneira que todos os colaboradores do hospital pudessem participar do evento, esses não aderiram ao mesmo, mostrando não haver envolvimento com uma nova cultura de qualidade, mesmo sendo o simpósio um multiplicador de conceitos e padrões da ONA.

Buscou-se ilustrar na Figura 3 a avaliação dos padrões administrativos da qualidade entre os setores assistenciais, segundo os colaboradores, a fim de se verificar seus conhecimentos quantos aos processos administrativos da instituição, considerando itens de



orientação sobre a administração geral do hospital. Cabe ressaltar que alguns setores não aderiram ao estudo.

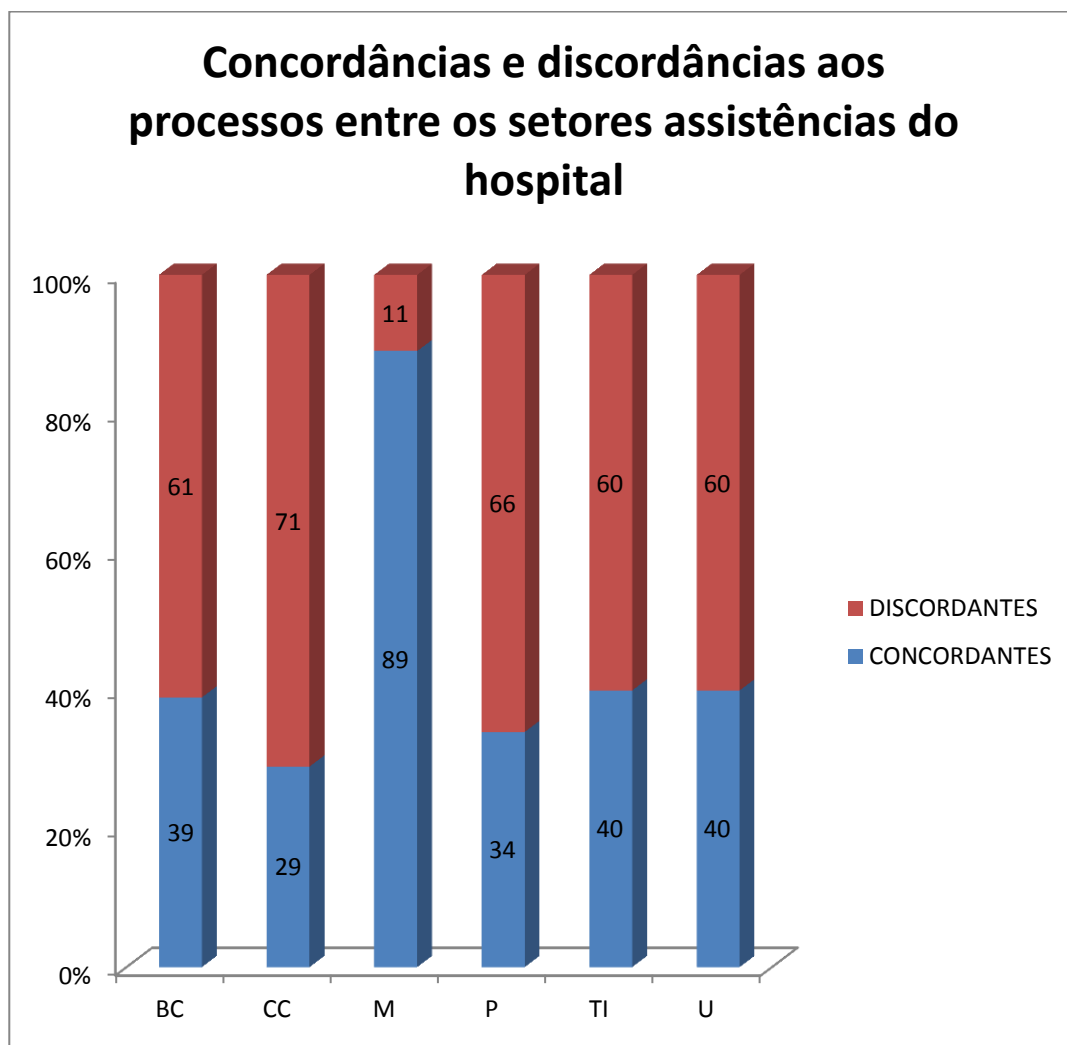


Gráfico 3: concordâncias e discordâncias aos processos entre os setores assistências do hospital, em percentual. Minas Gerais, 2014 (n=151). (U= Urgência, TI= Terapia Intensiva, P= Pediatria, M= Maternidade, CC= Clínica Cirúrgica, BC= Bloco Cirúrgico).

O Gráfico 3 mostra que os colaboradores da maternidade conhecem mais os processos administrativos da instituição. Os demais colaboradores possuem praticamente o mesmo nivelamento teórico com respeito a esses processos. Não foi possível verificar porque esse resultado se apresentou dessa forma. Infere-se, entretanto, que haja um maior envolvimento da coordenação da enfermagem em relação à administração do hospital e que isso pode ter ocorrido por ser o hospital referência macrorregional na atenção perinatal tanto à gestante quanto ao seu conceito.

O alto índice de discordâncias observado nos outros setores sugere falhas no processo de comunicação, tanto na transmissão quanto no *feedback* das informações entre a diretoria e os setores, assim resultando em rompimento do processo de gestão da qualidade. Uma comunicação efetiva como ferramenta de gestão permite o compartilhamento de informações levando à padronização de ações, e assim melhora nos serviços prestados (MANZO 2013).

Segundo Seixas (2004), na forma de organização hospitalar existe uma maior rotatividade dos profissionais técnicos do que dos profissionais administrativos, podendo culminar na sobrecarga e estagnação do administrador em suas rotinas de trabalho, sendo este um dos possíveis motivos de não conformidades administrativas.

Para compreender melhor o panorama de concordâncias administrativas identificadas nos setores subdividiram-se os padrões administrativos em quatro categorias: direção hospitalar, garantia da qualidade, gestão hospitalar e saúde ocupacional. Foram observados 70 itens de orientação na descrição do padrão necessário para garantir o nível mínimo de qualidade no processo de acreditação hospitalar.

Segundo Alástico (2013), a alta administração do hospital deve chegar aos níveis assistências e promover uma mudança no sistema de governança da Instituição. Destaca ainda a necessidade de promoção de uma mudança na cultura organizacional com foco em educação e treinamento de todos os profissionais. Uma implantação mal sucedida desse conceito ou uma estratégia inapropriada podem ser cruciais para o insucesso da gestão da qualidade.

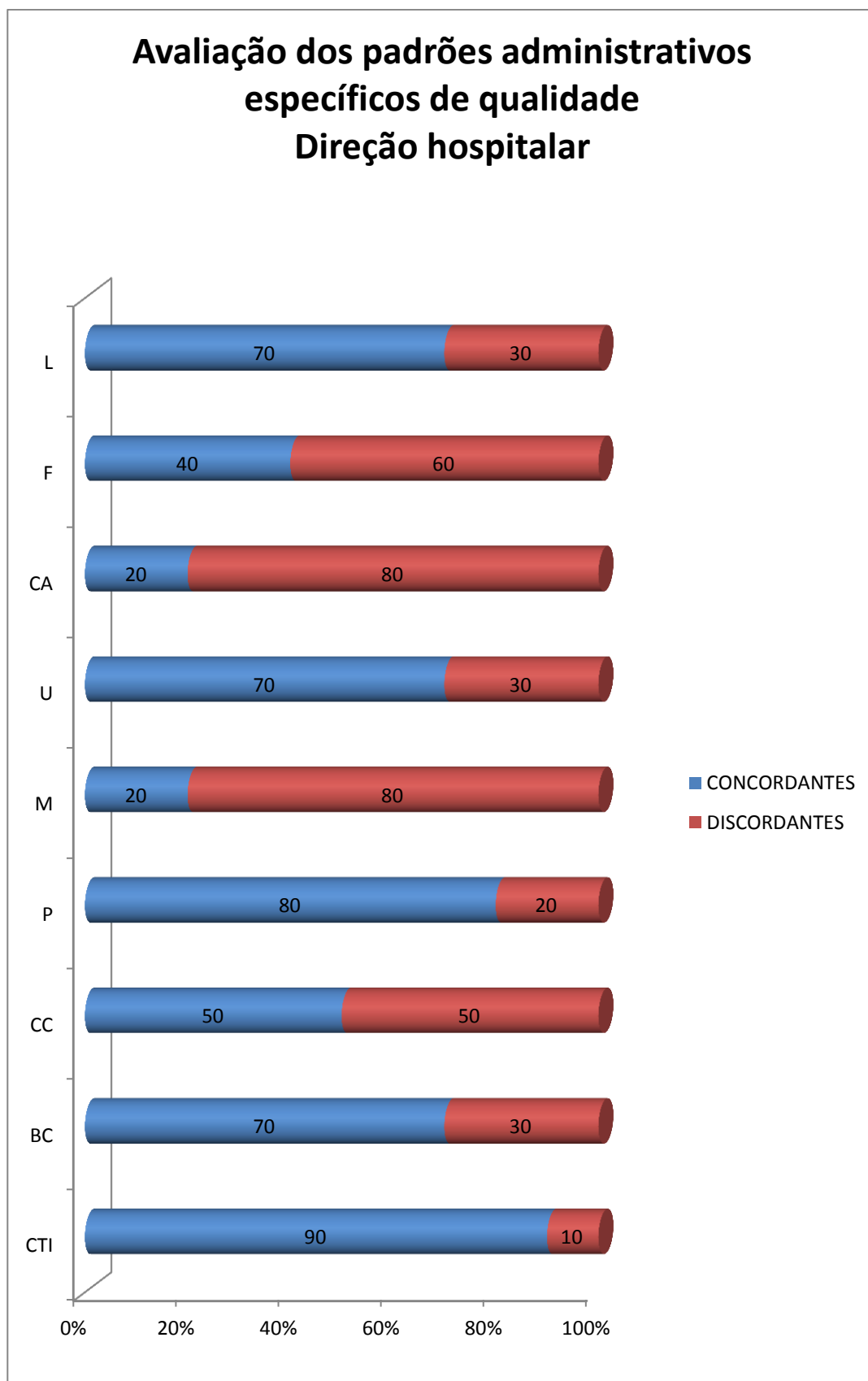


Gráfico 4: avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade, por setor do hospital, em percentual. Minas Gerais, 2014 (n=15)<sup>1</sup>. (CTI: Centro de Terapia Intensiva/ BC: Bloco Cirúrgico/ CC: Clínica Cirúrgica/ P: Pediatria/ M: Maternidade/ U: Urgência/ CA: Controle da Água/ F: Farmácia/ L: Limpeza).

O Gráfico 4 mostra os padrões administrativos específicos de qualidade por setor do hospital, quanto aos quesitos de direção hospitalar.

No CTI, o índice foi de 10% em relação às discordâncias. Sugere-se que isso aconteceu principalmente por ser o setor mais novo do hospital e ter seus processos criados mais recentemente, além de haver passado por audição poucos dias antes da pesquisa. O maior índice de discordâncias ocorreu na maternidade (80%) o que chamou a atenção porque a Instituição é referência macrorregional em saúde materno infantil. Provavelmente, o motivo das discordâncias tenha sido a mesma auditoria sofrida pelo CTI, que havia avaliado os processos da maternidade dentro do mesmo contexto e observou-se que esse setor era mais antigo e menos estruturado. Essas discordâncias provavelmente também se deveram pela ausência na Instituição de: um profissional especializado em administração hospitalar; áreas distintas para administração de pessoas e de finanças; atividades como treinamento; controle de receitas e despesas; uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade; um serviço de atendimento ao usuário; levantamento periódico de satisfação dos colaboradores; ações de treinamento, prevenção e monitoramento de acidentes no trabalho.

Conhecer a gestão e garantia da qualidade nos setores de saúde é extremamente relevante e surge como uma ferramenta na qual as instituições podem se reestruturar e se adequar à realidade de saúde no país. Entretanto, para que ocorram as mudanças necessárias para alcançar os padrões de qualidade, é indispensável que a tomada de decisão advenha do apoio e comprometimento da alta administração (BALSANELLI, 2005).

Não foi encontrado na Instituição a execução de programas de qualidade e garantia da qualidade, o levantamento de dados sobre a satisfação dos funcionários, o uso de dispositivos para prevenção de acidentes e as ações de treinamento, orientação e monitoramento sobre os acidentes no trabalho.

A Garantia da Qualidade foi pesquisada e os resultados apresentados no Gráfico 5.

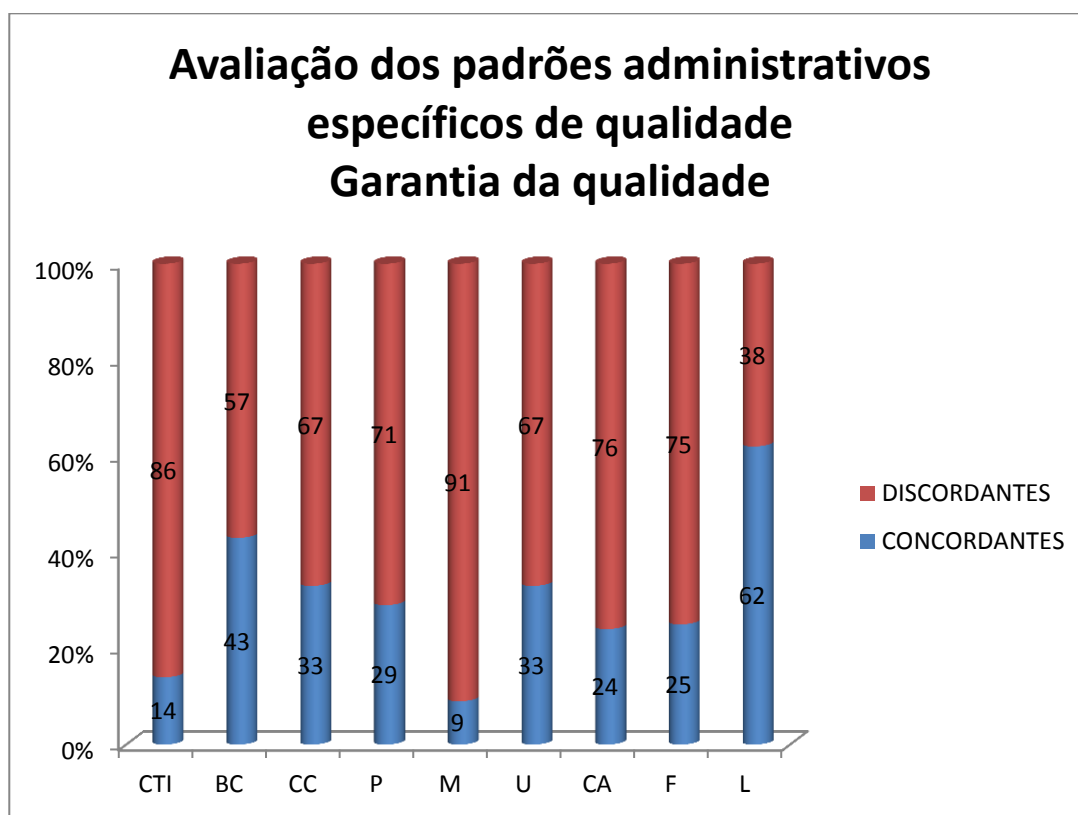


Gráfico 5: avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade, por setor do hospital, em percentual. Minas Gerais, 2014, (n=151) (CTI: Centro de Terapia Intensiva/ BC: Bloco Cirúrgico/ CC: Clínica Cirúrgica/ P: Pediatria/ M: Maternidade/ U: Urgência/ CA: Controle da Água/ F: Farmácia/ L: Limpeza).

Foi verificada a não ocorrência na Instituição de um controle de qualidade de fornecedores nem execução de programas destinados à qualidade assistencial e administrativa.

Observou-se que, nos setores maternidade e CTI, a gestão da qualidade, segundo os padrões ONA, é incipiente. Mas seus padrões próprios fazem da Instituição referência de saúde nos serviços prestados por esses setores. Já no setor limpeza, os processos se mostraram mais conformes aos padrões pesquisados. Os demais setores tiveram desempenhos semelhantes. Tal resultado sugeriu que, nesse contexto de gestão da qualidade, a Instituição segue protocolos próprios, comuns a alguns setores, que favorecem a manutenção do hospital no mercado. A qualidade provavelmente é gerida conforme a estrutura previamente instalada e aos fluxos gerenciais específicos de cada setor, sem se demonstrar supostamente uma uniformidade de ações. Quando se propôs padrões específicos uniformes de gestão, as discordâncias apareceram.

O padrão ONA de acreditação hospitalar é rígido, mas seu modelo de aplicabilidade é genérico, valendo para organizações de qualquer porte, perfil ou característica, não apresentando recomendações quanto a ferramentas, técnicas, processos ou metodologias, não se avaliando setor ou departamento separadamente, e sim toda a Instituição. O processo de acreditação hospitalar é um modelo de consenso, racionalização e ordenação que segue a princípios bem definidos (Organização Nacional de Acreditação, 2010).

A qualidade em uma instituição de saúde também deve ser encarada como um conjunto de características essenciais para a manutenção das organizações em um mercado altamente competitivo e para tal é necessário um planejamento e gerência estratégica e mobilização de toda a organização (GURGEL JÚNIOR, 2002).

Entende-se que a garantia da qualidade visa, além de gerenciar se todas as ações necessárias para o atendimento estão sendo realizadas de maneira satisfatória em âmbito hospitalar, assegurar a política de recursos humanos, as ferramentas de gestão, o serviço de atendimento ao usuário, as iniciativas para melhoria da qualidade e o levantamento de satisfação do profissional e do usuário. Tais ações são extremamente necessárias para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde prestados garantindo segurança e satisfação dos pacientes (BALSANELLI, 2005).

Propõe-se que programas de garantia da qualidade sejam implantados para a avaliação e para melhoria da estrutura, dos processos e dos resultados, utilizando-se práticas que enfatizem aspectos gerenciais e assistenciais para assegurar qualidade plena nos serviços. Após a implantação surge a necessidade de avaliação das políticas que é entendida como um passo essencial para a melhoria contínua, valorização e credibilidade da instituição (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Considerando os avanços tecnológicos e o aumento na complexidade de ações da assistência à saúde, é necessária a implementação de sistemas gerenciais que permitam o planejamento, a avaliação, o acompanhamento e o controle dos serviços hospitalares (LEMO, 2011).

A gestão hospitalar possui um papel gerencial que coordena adequadamente esse conjunto de atos e juntos cooperam para obtenção de um serviço de qualidade capaz de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes.

No Gráfico 6, demonstraram-se os índices obtidos da pesquisa em relação à gestão hospitalar.

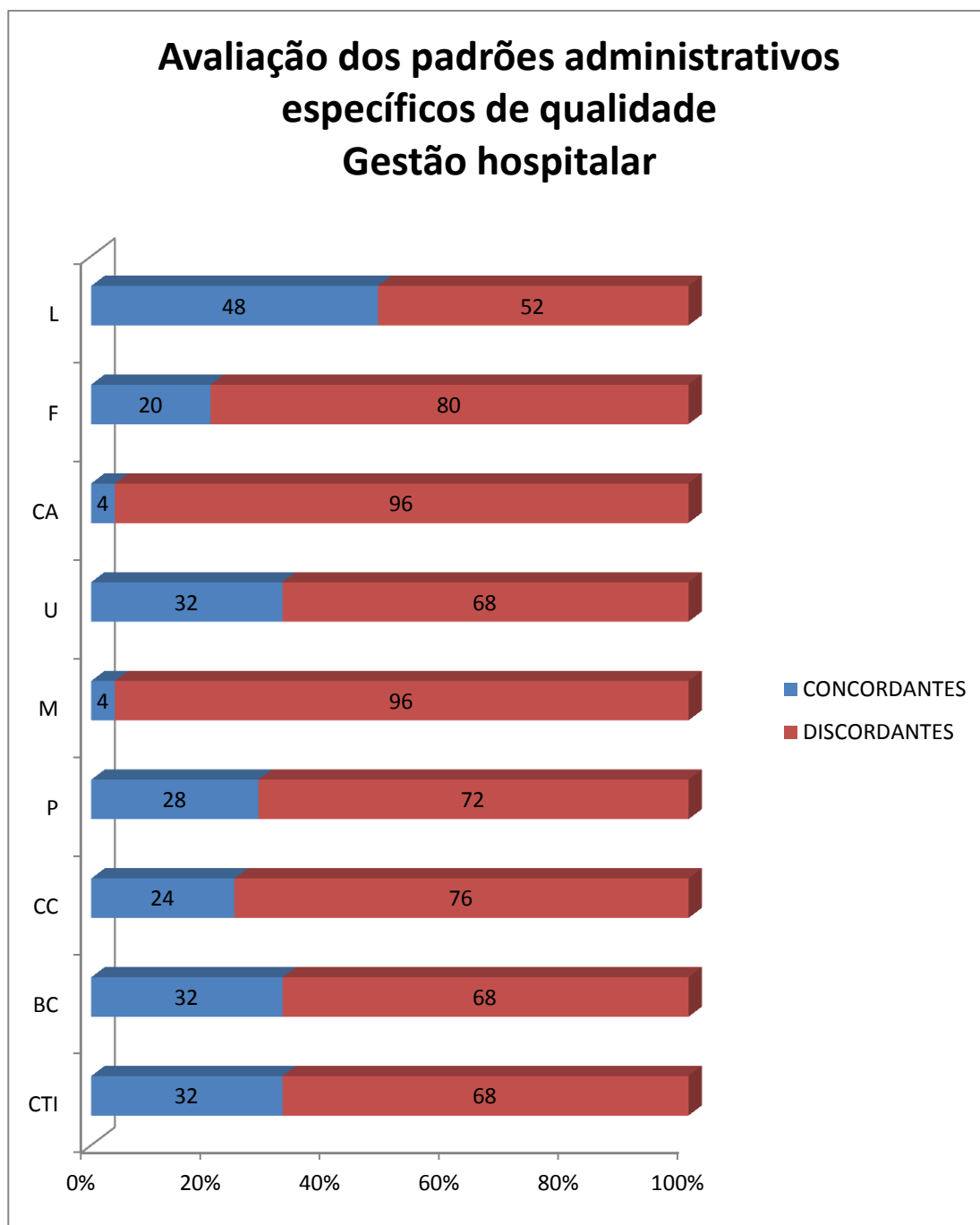


Gráfico 6: avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade, por setor do hospital. Minas Gerais, 2014, (n=151). (CTI: Centro de Terapia Intensiva/ BC: Bloco Cirúrgico/ CC: Clínica Cirúrgica/ P: Pediatria/ M: Maternidade/ U: Urgência/ CA: Controle da Água/ F: Farmácia/ L: Limpeza).

A maternidade e o serviço de controle da água se destacaram com 96% de discordâncias em relação ao MBAH por não possuírem previsão de receitas e despesas, nem dos hospitalares, além de não terem uma boa infraestrutura instalada para seu perfil assistencial. A gestão não era calcada em objetivos e metas conforme os padrões ONA. Os setores possuíam instalações antigas e seus processos estavam ultrapassados e não eram revisados.

Os setores que fornecem cuidados diretamente ao cliente mostraram padrões de qualidade diferentes daqueles que, indiretamente, o atendem. Isso se verifica quando se comparou setores como limpeza e controle de água. Esse resultado reflete o conceito que afirma ser a qualidade também se fazer pela avaliação e escolha do cliente.

O hospital em questão pareceu satisfazer essas necessidades, mas não com padrão de gestão concordante com a ONA. Somente o setor limpeza não mostrou índice inferior a 40%. Os processos de gestão do hospital, na visão de seus colaboradores, não se apresentam conformes aos padrões da ONA, mostrando que, numa auditoria de acreditação hospitalar, para esse grupo de quesitos, a Instituição não teria um bom resultado.

A gestão hospitalar também preza pelo cuidado hospitalar. Esse é a soma de pequenos cuidados parciais; é uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos e rotinas que se integram e são recebidas pelo usuário (CECILIO, 2003).

De acordo com Dieng *et al.* (2007), para o sucesso da competitividade de um hospital, não basta somente a melhoria da tecnologia envolvida. É necessário planejamento e estratégia. Não se verificou na Instituição um mapa estratégico, o que pode ter contribuído para esse resultado. A instituição hospitalar possui uma variedade de equipamentos, processos, profissionais de diferentes áreas, recursos financeiros e, para que se obtenha um melhor aproveitamento, necessita de um gestor competente que compreenda pessoas, dinheiro e processos (LINO, 2008).

Segundo Seixas (2004) este profissional da gestão administrativa precisa ter conhecimentos e habilidades para acompanhar os avanços técnicos e fazer conexão com as profissões. Desta maneira, a Portaria nº 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico-administrativa a fim de melhorar a eficácia e eficiência dos serviços e melhor utilização dos recursos públicos, como a contratação de um profissional habilitado e qualificado em administração hospitalar.

O hospital pareceu estar de acordo com tal Portaria, uma vez que atua no mercado como instituição filantrópica e cumpre com suas funções e deveres.

Porém, sugere-se que a alta administração da Instituição compreenda a necessidade e a importância da gestão hospitalar, além de acompanhar as mudanças de mercado, a modernização dos processos visando alcançar melhor eficiência e qualidade dos recursos e serviços e assim garantir a segurança ao paciente e sua continuidade no mercado (GURGEL JÚNIOR, 2002).

Outro item abordado foi o de saúde ocupacional, apresentado no Gráfico 7.



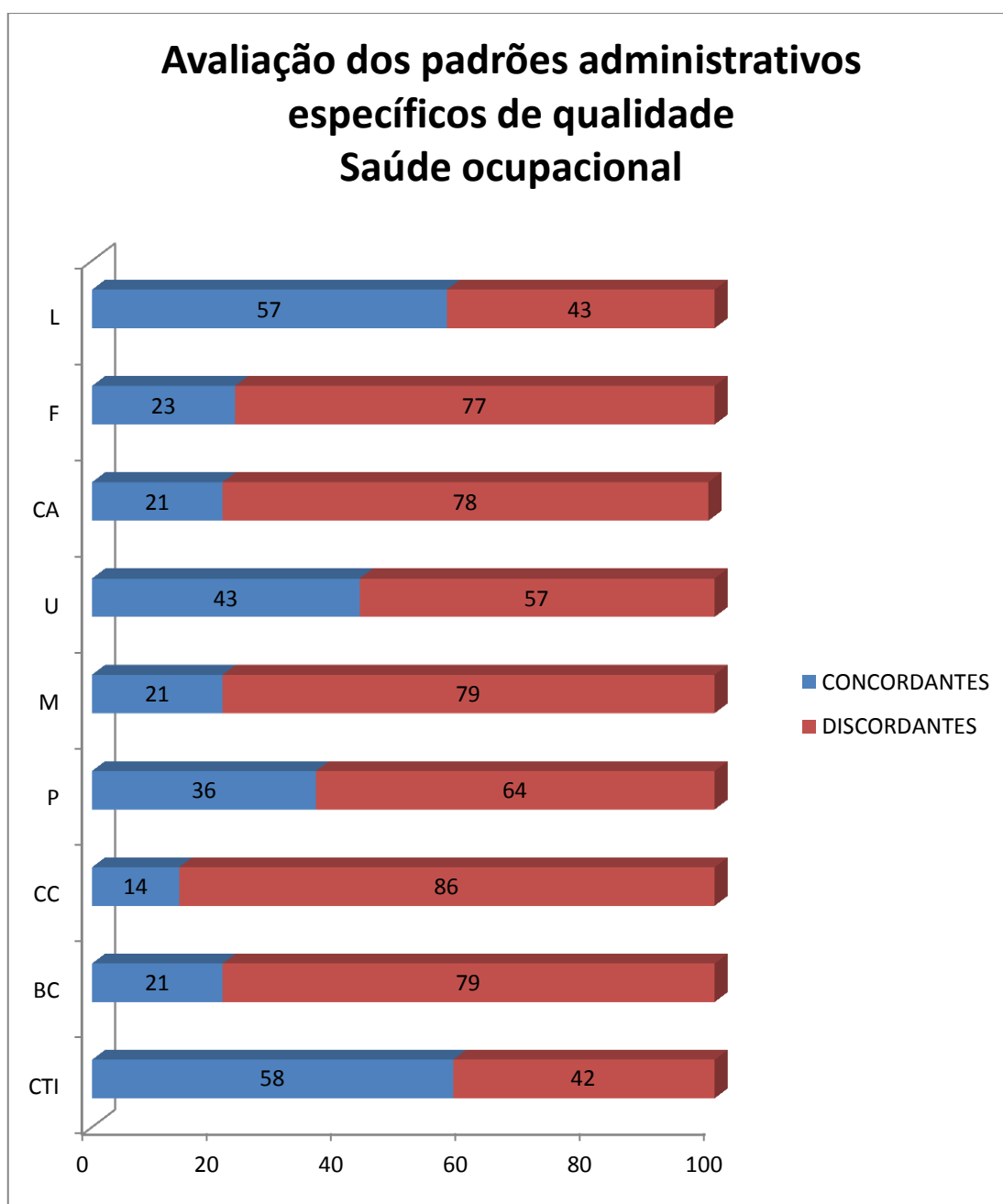


Gráfico 7: avaliação dos padrões administrativos específicos de qualidade, por setor do hospital. Minas Gerais, 2014, (n=151). (CTI: Centro de Terapia Intensiva/ BC: Bloco Cirúrgico/ CC: Clínica Cirúrgica/ P: Pediatria/ M: Maternidade/ U: Urgência/ CA: Controle da Água/ F: Farmácia/ L: Limpeza).

Mais uma vez o setor limpeza se sobressaiu aos demais, juntamente com o CTI. Os outros setores obtiveram índices de concordância próximos, mas a maternidade destacou-se com 79% de discordâncias. Cabe mencionar que nesse setor houve uma alta rotatividade de funcionários durante a pesquisa, com demissões e aposentadorias. O serviço de saúde ocupacional provavelmente não conseguiu acompanhar essas mudanças.

É importante frisar que a maternidade destoou dos outros setores com maior índice de discordâncias (79%), provavelmente também devido à adesão parcial de seus colaboradores à pesquisa.

Segundo Silva (2012), saúde ocupacional refere-se à promoção da saúde e preservação da integridade física do trabalhador no ato de sua função. A Lei 8.080/90 regulamenta ações sobre a saúde do trabalhador dentro do SUS no que se refere a atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção e proteção à saúde e reabilitação dos trabalhadores submetidos a agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

O ambiente hospitalar é um local de trabalho insalubre que oferece vários tipos de riscos ao colaborador, sendo estes classificados em agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos (RIBEIRO, 2010).

Diante disso estabeleceram-se, em âmbito nacional, diretrizes básicas para implantação de medidas de proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores dos serviços de saúde com ações de promoção, assistência, recuperação, pesquisa e ensino em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2011).

Assim sendo, diante dos resultados expostos, propõe-se à Instituição de saúde em questão, a adoção de estratégias que estimulem a educação permanente e o autocuidado, promovendo o bem-estar e a saúde do colaborador durante as atividades no ambiente laboral (SILVA *et al.*, 2012).

O local de atuação dos profissionais em um hospital apresenta ligação intrínseca da estrutura física e dos processos de atendimento. A sistemática da gestão da qualidade voltada para a acreditação hospitalar é estruturada por setores, analisando os ambientes do hospital e repetindo critérios de avaliação (PORTELA, 2008).

Logo, após a avaliação do padrão geral de cada setor foram identificados os percentuais de conformidades e de não conformidades específicos para cada um deles.

Tendo por modelo o MBAH e seus itens de orientação que descrevem os padrões específicos que incluem equipamentos, serviços, procedimentos, pessoal, normas e os aspectos relacionados ao atendimento, diagnóstico e tratamento oferecido ao paciente, foi arguido apenas um colaborador de cada setor participante. Buscou-se aquele profissional que conhecia todos os processos assistenciais e administrativos, o inventário de equipamentos, o quadro funcional e as normas setoriais. A direção do Hospital foi consultada para que o colaborador escolhido fosse aquele que melhor conhecia tais processos. Logo, foi indicado o colaborador de cada setor, o que produziu uma amostra de 10 colaboradores.

Como demonstrado no Gráfico 8, notou-se que apenas segurança geral e controle de água apresentaram índices abaixo de 40% e os outros setores mostraram um bom resultado na avaliação desses indicadores.

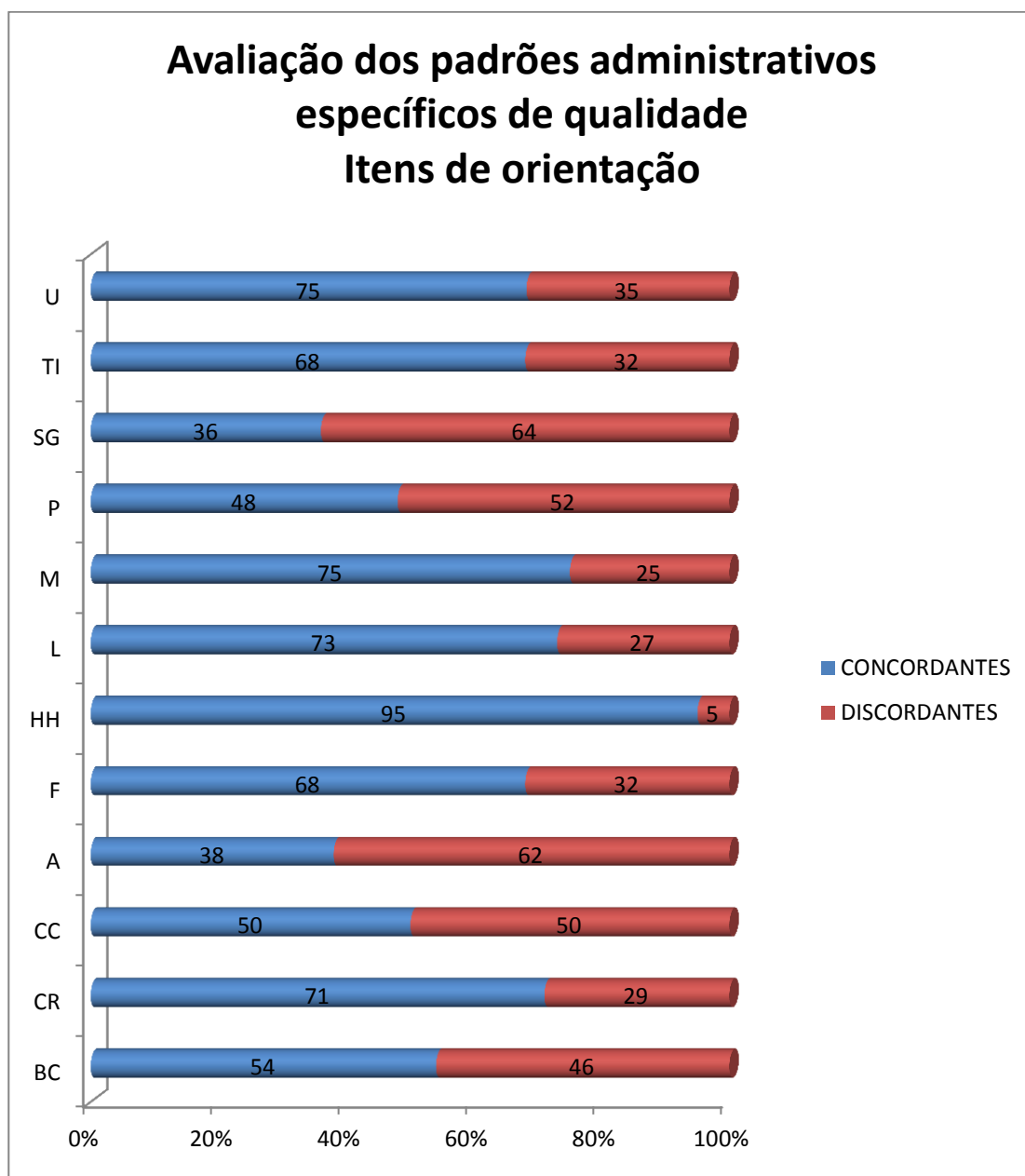


Gráfico 8: avaliação dos padrões específicos de qualidade demonstrada pelos itens de orientação propostos. Minas Gerais, 2014, (n=10). (TI: Terapia Intensiva/ SG: Segurança Geral/ BC: Bloco Cirúrgico/ CC: Clínica Cirúrgica/ P: Pediatria/ M: Maternidade/ U: Urgência/ CA: Controle da Água/ F: Farmácia/ L: Limpeza/ HH: Higiene Hospitalar/ CR: Central de Roupas).

Nos serviços onde a percepção do cliente pode se fazer mais evidente, como limpeza, higiene hospitalar e central de roupas, as concordâncias se mostraram maiores, sugerindo que um padrão de qualidade se faz inclusive pela avaliação de seus usuários. Provavelmente, a

política de qualidade da instituição prima por apresentar ao seu cliente um referencial de saúde pautado na trato com a limpeza e a higiene do ambiente, trazendo um maior foco as questões voltadas para a infecção hospitalar.

O grande diferencial das organizações está nas pessoas e no desempenho profissional das equipes. A tecnologia e a estrutura das organizações podem ter pequeno significado se as pessoas não se sentirem comprometidas com a qualidade e atendimento das necessidades dos clientes.

O processo de acreditação hospitalar sem a preocupação com a incorporação de princípios e valores da instituição, além do conhecimento prévio sobre as rotinas de trabalho acarreta melhor compreensão sobre acreditação hospitalar e sensibilização em relação aos assuntos da qualidade.

Supôs-se que muitos colaboradores tinham seu trabalho como social. Para eles, o hospital não representava uma empresa. Um fato que chamou a atenção é que, durante o estudo, a gestão teve diversos momentos, passando desde o amadorismo até a gestão hospitalar empresarial. Foram quatro gestões diferentes em apenas um ano. Isso causou transtornos em diversos processos gerencias e assistenciais. A instabilidade administrativa, os momentos de tensão vividos pelos colaboradores e as dificuldades estruturais foram importantes no resultado.

As organizações de saúde sofrem influências tanto do ambiente externo como do interno devido à sua própria estruturação tendo com isso que monitorar constantemente o ambiente em que atuam e avaliar seu próprio desempenho de forma detalhada e permanente. O equilíbrio entre as demandas interpostas pelo ambiente externo e a capacidade efetiva do ambiente interno em atendê-las é de fundamental relevância para o desenvolvimento das organizações de saúde e a razão de sua permanente atuação (MOISÉS FILHO *et al.*, 2012).

O meio externo influiu quando, por problemas financeiros, a Instituição teve que cancelar contratos com fornecedores e com colaboradores externos. Houve manifestações sociais em prol da manutenção das atividades do hospital, frente a movimentos de greve que se instalaram por carência financeira. Diversos colaboradores deixaram de trabalhar, momento em que a Instituição cessou suas atividades por cinco dias consecutivos.

Não se percebeu equilíbrio entre as demandas externas e internas, o que prejudicou o desenvolvimento da cultura de qualidade.

O controle das variáveis internas por meio da criação e a análise de indicadores que possam dimensionar e avaliar a qualidade da assistência hospitalar de forma a favorecer tanto a instituição quanto o cliente, de maneira harmônica, estabelece de forma eficaz o melhor resultado (MOISÉS FILHO *et al.*, 2012).

O monitoramento da qualidade e da segurança com base em indicadores define-se como uma medida quantitativa sobre os aspectos dos cuidados com o paciente. Permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta a que se realizem atos seguros tanto para a saúde do paciente quanto para as atividades profissionais, com reflexo na melhor adesão dos servidores em saúde, valorados pela legitimidade dos seus atos, além da melhor aceitabilidade pelos clientes frente aos cuidados prestados pela instituição (SALU, 2013).

A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (VICENT, 2009).

Baseado no exposto, foram apontadas todas as não conformidades identificadas em cada setor. Em todos eles foram visualizadas discordâncias que precisam ser trabalhadas, criando-se metas para implantação de processos para a melhoria da assistência, pautados em indicadores assistenciais e gerenciais que foram propostos a Instituição. Foram determinados pela CAH, indicadores, por setor, que tivessem possibilidade real de alcance de suas metas levando-se em consideração principalmente a estrutura física do hospital e a limitação de recursos financeiros. Porém, apenas três setores se mostraram envolvidos e se propuseram a monitorar indicadores: CTI, farmácia e maternidade. Os demais setores não se dispuseram a acompanhar novos indicadores de qualidade. Eles não apontaram novas metas a serem trabalhadas. O quadro 1 apresenta os indicadores propostos e trabalhados.

A CAH criada passou por diversas dificuldades no planejamento e na execução das suas ações. Inicialmente, não se conseguiu uma uniformidade nos encontros de seus membros. Alguns setores não se dispuseram a participar das reuniões. Alguns membros precisaram se afastar das discussões por motivo de doença ou por desligamento da Instituição. Isso prejudicou os trabalhos da comissão.

### Indicadores propostos aos setores

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Maternidade                 | <p>Identificar corretamente os RN com registro no prontuário da mãe.</p> <p>Capacitar as mães e os colaboradores da maternidade sobre amamentação.</p>   |
| Farmácia                    | <p>Criar um Procedimento Operacional Padrão de serviço de limpeza específico para a farmácia.</p> <p>Analisar e revisar sistematicamente as prescrições.</p> <p>Controlar a dispensação de medicamentos de uso coletivo.</p>   |
| Centro de Terapia Intensiva | <p>Levantar as taxas de mortalidade por diagnóstico.</p> <p>Levantar o índice de escara por tempo de internação.</p> <p>Realizar treinamentos específicos para a equipe do setor.</p> <p>Planejar e realizar atividades de controle da qualidade da assistência.</p> |

Quadro 1: indicadores propostos aos setores. Minas Gerais, 2014.

Na maternidade, observou-se que não haviam registros seguros que identificassem os recém-nascidos e suas respectivas mães. Para que esse problema fosse solucionado, adotou-se como rotina anotar o número da pulseira de identificação do RN no prontuário de sua mãe. Criou-se um local próprio para essa anotação e todos os colaboradores do setor foram orientados nessa ação. Ainda na maternidade, verificou-se não haver padrão de orientação aos colaboradores e às mães quanto aos cuidados com a amamentação. Foi sugerida a criação de módulos de capacitação para se sanar essa deficiência. Elaborou-se um roteiro junto a um dos colaboradores que ficou responsável por realizar tal capacitação (QUADRADO, 2012).

Na farmácia, observou-se não haver um POP para que o serviço de limpeza realizasse seu trabalho nesse setor em conformidade com padrões de higiene exigidos para prevenção de contaminação dos medicamentos a serem dispensados ao paciente. Sugeriu-se a criação de tal procedimento, conjuntamente entre os setores farmácia e limpeza. O POP deveria ser repassado em treinamento aos colaboradores dos dois setores.

O serviço de limpeza hospitalar tem particular importância no controle das infecções hospitalares, uma vez que o aparecimento dessas pode estar relacionado a técnicas inadequadas de descontaminação e manuseio de resíduos. A área da farmácia é considerada semicrítica em termos de infecção hospitalar. A correta desinfecção da farmácia estaria em consonância com o MBAH e com as normas do Manual de Farmácia Hospitalar, mostrando-se um bom indicador de qualidade.

Além disso, propôs-se uma análise crítica e uma revisão sistemática das prescrições recebidas pela farmácia, com o intuito de assegurar ao cliente a correta administração das medicações (PARANAGUA, 2014). Nesse procedimento, observaram-se itens como: posologia, apresentação farmacêutica, forma farmacêutica, prescritor e revisor.

Farias *et al.* (2007) afirmam que a prescrição é um instrumento essencial para o sucesso da terapêutica e deve conter as informações necessárias para o tratamento medicamentoso, sendo um importante instrumento regulador no consumo de medicamentos no que tange à qualidade.

A farmácia hospitalar deve analisar as prescrições médicas reforçando a prática dessa atividade como forma de prevenir erros que possam trazer prejuízo ao cliente, bem como evitar o aumento no custo do tratamento (TORRES, 2007).

Um terceiro indicador foi proposto: controlar a dispensação de medicamentos de uso coletivo. A farmácia não tinha controle da dispensação dos medicamentos quando esses eram de uso coletivo. A farmácia não detinha o controle de quantos pacientes necessitavam dessa medicação, nem qual a posologia usada para cada um. Dispensava-se o frasco do medicamento ao setor conforme demanda relatada pelo coordenador de enfermagem, sem se verificar a real necessidade. Passou-se, então a se controlar, via prescrição médica, a dispensação desse tipo de medicação.

É de responsabilidade da farmácia hospitalar o controle dos medicamentos de dose coletiva, a fim de assegurar que esses sejam utilizados dentro do prazo correto e não sejam desviados para outros setores ou outros pacientes sem o conhecimento do prescritor. O controle do estoque e o estabelecimento de um sistema racional de dispensação que primem pela segurança do paciente e pela redução nos custos, além de uma posologia adequada é de responsabilidade do setor de farmácia do hospital.

A taxa de mortalidade de um CTI pode refletir o seu padrão de qualidade se for avaliada a partir da *causa mortis*. Algumas doenças possuem alta taxa de letalidade.

Sendo assim, resolveu-se criar um indicador que fizesse o levantamento da taxa de mortalidade por diagnóstico do CTI, a fim de se monitorar quais eram as principais causas de morte dos pacientes no setor e se pudesse intervir na prevenção de tais mortalidades. Esse indicador seria trabalhado tanto pela equipe gerencial quanto pela assistencial para se criar um referencial de qualidade para o acompanhamento das doenças com maior prevalência.

Em um CTI, os pacientes por vezes estão sedados e restritos ao leito que ocupam, tendo a probabilidade de desenvolver escaras de decúbitos, que se tornam porta de entrada de infecções. O cuidado em não se deixar o paciente ter escaras reflete um padrão de qualidade assistencial, uma vez que sua prevenção se faz por procedimentos simples e pouco onerosos se comparados ao gasto com o tratamento das lesões (HELFENTEIN, 2005). Levantar o índice de escara por tempo de internação pode monitorar diversas linhas de cuidado do paciente em relação à assistência de enfermagem, ao conforto do paciente e ao controle de



infecção hospitalar. Por isso esse indicador foi criado para o CTI e passou a ser monitorado (DIAS, 2012).

Outro indicador que começou a ser monitorado foi o de se realizar treinamentos específicos para a equipe do CTI. Verificou-se que os colaboradores não possuíam treinamento específico em assistência perinatal de urgência, em acompanhamento de reanimação em neonatologia e em pediatria (MELO, 2013). Logo, buscou-se realizar tais treinamentos a fim de qualificar a equipe. A partir de então, outro indicador surgiu: planejar e realizar atividades de controle da qualidade da assistência. Desta vez, oficinas e grupos de discussão foram planejados para que se fomentasse entre os colaboradores uma cultura de qualidade de forma que adviessem processos de controle da qualidade na assistência.

Muitas vezes, indicadores simples de serem monitorados, podem auxiliar na manutenção de um bom padrão de qualidade, como é o caso do indicador criado na maternidade de se identificar o RN no prontuário de sua mãe, sob um registro individual. Isso, por exemplo, dá a segurança de que os RN não sejam trocados de mãe. Mas, esse simples registro depende do envolvimento do colaborador que o executa.

A qualidade não é feita de processos e modelos escritos apenas, mas também de pessoas. Se não há uma compreensão homogênea dos ideais de qualidade, de seus conceitos e de sua cultura, presente em todos os colaboradores, nas diversas esferas dos processos, formando uma cadeia dirigida a um objetivo comum, não se promove a mudança necessária para a melhoria conjunta da qualidade na assistência.

A adoção de programas de qualidade é considerada um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações, uma vez que o mercado hoje é altamente competitivo. Considerando-se o hospital como uma organização que atende a uma gama de clientes diferenciados, com responsabilidade econômica e social, atuante no setor de serviços, esse não pode se eximir de se planejar de maneira estratégica, com estabelecimento de objetivos íntegros e com envolvimento multidisciplinar suas ações e serviços (BORBA, 2009).

O programa de acreditação hospitalar propõe gerar no setor uma consciência sobre a necessidade de melhoria contínua na qualidade da assistência prestada aos clientes.

A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável. Cuidados inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam perdas de grande monta, o que impulsionou a promoção de iniciativas para garantir os cuidados de saúde mais seguros, como a acreditação hospitalar, que traz um conceito de qualidade multidimensional que requer diferentes abordagens para sua avaliação (VINCENT, 2009).

Diante do exposto, a continuidade de implantação de um processo de acreditação hospitalar faz-se extremamente necessário, assim como a descrição e avaliação do mesmo, visando subsidiar a tomada de decisões pelos gestores. Além disso, este trabalho poderá apresentar uma estratégia para que tantos outros hospitais brasileiros busquem pela qualidade dos serviços prestados.

## **5. Conclusão**

Os objetivos desse estudo foram alcançados, pois observou-se desconhecimento dos colaboradores de diversos setores do hospital sobre qualidade da assistência e acreditação hospitalar. Ainda assim, houve extrema dificuldade em se difundir uma nova cultura de qualidade. Apesar da ampla divulgação dos treinamentos em qualidade, como o simpósio de extensão, não houve adesão significativa dos colaboradores nas capacitações.

Os colaboradores, na sua maioria, desconheciam os padrões de qualidade da ONA, mas exerciam funções segundo padrões previamente estabelecidos pela Instituição em seu cotidiano, sem seguir processos previamente determinados.

A Instituição possui um padrão próprio de qualidade que desafia o padrão ONA. O estudo mostrou que apesar de não seguir padrões rígidos de qualidade, o hospital se mantém no mercado como referência em saúde. Seus processos não se mostram no padrão de segurança para ser acreditado em nível 1 pela ONA.

Não se conseguiu estabelecer uma comissão para acreditação hospitalar atuante e que promovesse ações voltadas para a melhoria dos padrões de qualidade devido ao desmembramento dos setores da instituição, com o desligamento de colaboradores que a

compunham, além do pouco envolvimento dos setores em participar das reuniões programadas.

Não se conseguiu elaborar propostas para todos os setores do hospital, por falta de envolvimento dos colaboradores o que prejudicou o estabelecimento de indicadores assistenciais e administrativos que definiriam metas para melhoria dos processos, reflexo da não atuação da CAH.

Foram propostos indicadores para o centro de terapia intensiva, a farmácia e a maternidade apenas, graças ao envolvimento dos coordenadores desses setores.

A não padronização da gestão e a desarticulação das ações decorrentes da fragmentação e do agrupamento dos setores, sem a adoção de processos intersetoriais contribui para a não padronização de uma cultura de qualidade.

Ao se inserir o hospital nos pilares de qualidade de Donabedian, verificou-se que ele se mostrou eficaz, efetivo e legítimo, além de atuar com equidade, dentro de padrões aceitáveis porque cumpre com as expectativas de seus clientes, mas devido aos problemas estruturais, principalmente os financeiros, não mostrou otimização nem eficiência em seus processos.

Há que se trabalhar a estrutura da Instituição para estabelecer envolvimento entre os profissionais no sentido de uma nova cultura de qualidade que reforce seus padrões e o mantenha no mercado.

O presente trabalho apontou caminhos, dificuldades e limitações para implantação de processos de melhoria da assistência, pautados em indicadores assistenciais e gerenciais.

Sugere-se que esse trabalho possa ser um “embrião” de um programa de melhoria na atenção da qualidade da média e alta complexidade hospitalar por conter instrumentos que auxiliem na gestão e na garantia da qualidade nesse setor de atenção à saúde.

Há que se inferir que o estudo teve limitações como a não adesão de alguns setores do hospital, a troca de administração com visões de gestão diferenciadas e a deficiente comunicação entre os setores.

A gestão da instituição passou por diferentes processos o que promoveu a falta de um envolvimento quanto à garantia de um modelo de qualidade pautado em padrões predefinidos e aceitos refletindo na não adesão de alguns setores.

Produziram-se com esse trabalho quatro apresentações no SINTEGRA/UFVJM além de quatro Trabalhos de Conclusão de Curso de graduação e um relatório técnico enviado à Instituição.

Urge que se inicie uma política de desenvolvimento de macro e microprocessos voltados para a segurança do cliente no hospital em questão, pois se vislumbra pelos resultados, processos assistenciais e administrativos pouco rígidos.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANS. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, [Internet], 2004, v.38, n.3, p. 335-336. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

ALÁSTICO, Gabriel Pedro; TOLEDO, José Carlos. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Rev. Gest. Prod.**, São Carlos, 2013, v. 20, n. 4, p. 815-831.

BERWICK D. M., Aplicando o gerenciamento de qualidade nos serviços de saúde. *In*: BERWICK, D. M., GODFREY, A. B., ROESNNER, J., **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994, p.18-27.

BORBA VALDIR. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar**: instrumentos para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda., 2006, 248p.

BORBA VALDIR. R.; Lisboa T. C.; Ulhoa. W. M. N. (Orgs.). **Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2009, 251p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA**. Brasília (DF). [Internet]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 07 Abr. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **CNS**. Brasília (DF). [Internet]. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 07 Abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CNS**. Brasília (DF). Resolução n.º 17, de 1991. DOU n. 12 de 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Manual de Acreditação Hospitalar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: as cartas de promoção da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

BRUMESTER, Haino. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013, 279p.

CAMACHO, José Luís Tito. **Qualidade total para serviços de saúde**. São Paulo: Nobel, 1998, 165p.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (Coord.). **Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 4 ed., 2010.

CORREIA, Milka Alves; BARBOSA, Grace Mary Albuquerque Montenegro; QUINTILIANO, Ana Rosa Torres Castanheira. **Avaliação da Qualidade**: uma análise comparativa entre o Hospital Regional Santa Rita e a Acreditação Hospitalar da ONA, p. 1-17, 2008.

DIAS, Mônica Aguilar Estevam; MARTINS, Mônica; NAVARRO, Nair. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, 2012; v. 4, n. 46, p. 719-29.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem. F.D. Quart.**, n.44, p. 166-206.

DONABEDIAN Avedis. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Quality **Rev.Bul**, 1992, v.18, n. 1, p. 356-360.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; ICKO, D’Innocenzo M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Florianópolis, [Internet], 2013, Jul-Ago.,v. 21, n. 4: [10 telas]. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2014.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; GATTO, Maria Alice Fortes. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, local, 2005, jan-fev., v. 58, n. 1, p. 65-69.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm . História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Revista Acta Paul de Enfermagem**, 2005, v.18, n. 2, p.213-9.

FELDMAN, Liliane Bauer (Org.) **Gestão de risco e segurança hospitalar**: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2. ed., 2009, 385p.

FOUCAULT, Michael. O nascimento do hospital. *In*. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981, p. 3-23.

GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, v. 7, n.2, p. 325-334.

HELFENTEIN, Marcelo Diane; GERMANI, Alessandra Regina Miller. O papel do Enfermeiro na Prevenção ou recuperação das escarpas. **Revista de Enfermagem**. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Org.), 2005, Frederico Westphalen - RS, v.1, n.1, p.41-47.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. [Internet], Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

JONHSON J.L. Health Care Institution as a setting for health promotion. *In*: Poland B.D., Green L.W., Rootman I. **Setting for health promotion: linking theory and practice**. California: Sage, publication, Inc., 2000.

LOVELOCK C; WIRTZ, J. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. São Paulo. Pearson, 2006.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORREA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, [Internet], 2012. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 12 Ago 2013.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITTO, Maria José Menezes, Correa, Allana dos Reis. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2013, Jan-Fev., v. 66, n.1, p. 46-51.

MANZO, Bruna Figueiredo et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [Internet], 2012, Jan.-Fev., v. 20, n. 1. [08 telas]. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

MELO, Janeide Freitas; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013, Out-Dez., v. 22, n. 4, p. 1124-1133.

MOYSÉS FILHO, Jamil et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de Saúde**. Rio de Janeiro, 2012, 157p.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M.; Paganini J. M. **Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe**. São Paulo: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1992.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. ONA. **The Nacional System of Accreditation**. Brasília (DF): Organização Nacional de Acreditação, [Internet], 2010. Disponível em: <<http://www.euro.who.int>>. Acesso em: 25 Fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Health topics: health promoting hospitals**. [Internet], 2008. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 05 Abril. 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços em saúde**. Brasília: ONA, 2010. 160p.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 48, n.1, p. 41-48, [Internet], 2014. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

PORTELA, Margareth Crisóstom et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fev. 2010, v. 26, n. 2, p. 399-408.

PORTELA, Odete Terezinha; SCHIMIDT, Alberto Souza. Proposta de Metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar. **Revista Acta Paul Enferm.**, 2008, v. 21, p. 198-202.

QUADRADO, Ellen Regina Sevilla; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, 2012, Jul-Ago., v. 4, n.20, p. 659-667.

QUINTO NETO, Antônio. **A busca da qualidade nas organizações de saúde**. Porto Alegre. Dacasa, 2000, 101p.



QUINTO NETO, Antônio. GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997, 133p.

RIBEIRO, Élide Cristina de Souza Arruda; CRHRISTINNE, Marcella Ribeiro; ESPÍNDULA, Marislei Brasileiro. Identificação dos riscos institucionais em profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Jan. 2010, Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

RODRIGUES, Eloíza Andrade Almeida. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 75f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

ROTTA, Carmem Silva Gabriel et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino Americana de Enfermagem** [Internet], 2011, Set-Out., v. 19, n. 5. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

ROTTA, Carmem Silva Gabriel. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial** (dissertação de doutorado). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, USP; 2004.

ROLLO, A.A. É indispensável construir novas práticas assistenciais no hospital público. In: Merhy E.E., Onocko, **Revista Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo. Hucitec, 2006, p. 321-325..

SALU, Enio Jorge. **Administração Hospitalar no Brasil**. Barueri: Manole, 2013, p. 465.

SILVA, Ana Elisa Camargo et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, 2011, Mar-Abr.;v. 19, n.2, p.378-386.

SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; LACERDA Rúbia Aparecida. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Revista Saúde Pública**,

[Internet], 2011, v. 45, n. 1, p. 121-128. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/rs](http://www.scielo.br/rs)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

SILVA, Lolita Dopico; CAMERINI, Flávia Giron. Análise da Administração de Medicamentos Intravenosos em Hospital da Rede Sentinela. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012, Jul-Set., v. 21, n. 3, p. 633-641.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da et al. Promoção da Saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2001, Mai-Jun., v. 64, n.3, p.596-599.

SPILLER, Eduardo Santiago et al. **Gestão dos Serviços em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2009. 172p.

SOUZA, Ana Luiza Dayrell. **Hospitalizações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em uma região ampliada de saúde do sudeste do Brasil**. Diamantina: Dissertação de Mestrado, UFVJM, 2013.

SOUZA, Paulo César; SCATENA, João Henrique G. É economicamente viável regionalizar a atuação de um hospital público de médio porte? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, n. 2, p.571-590.

TOFFOLETTO, Maria Cecília; RUIZ, Ximena Ramirez. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 47, n. 5, p. 1098-1100, [Internet], 2013, [acesso em: 20 Fev. 2014]. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>.

TOFFOLETTO, Maria Cecília; RUIZ, Ximena Ramirez. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 47, n. 5, p. 1099-1107, [Internet], 2013 [acesso em: 20 Fev. 2014] Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>.

TORRES, Rachel Magarinos; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; PEPE, Vera Lucia Edais. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira

utilizando o método Delfos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007, ago., v. 23, n.8, p. 1791-1802.

VICENT, Charles. Segurança do Paciente: **Orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yedis, 2009, p. 324.

## **ANEXO 1: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

1. Você conhece o Conselho de Administração da Instituição? Sabe como ele funciona?
2. Você possui um prontuário funcional? Conhece sua importância? Você conhece toda a estrutura do hospital?
3. Você possui registro profissional?
4. Passou por processo seletivo ao ser contratado?
5. Passa por cursos de capacitação, de reciclagem ou de avaliação de desempenho?
6. Conhece as rotinas administrativas e assistências relativas ao funcionamento da Instituição e a função que você exerce?
7. Há padronização no serviço que é prestado por você e pelos seus pares?
8. Conhece as comissões hospitalares, percebe o trabalho exercido por elas, entende a sua importância?
9. Existe planejamento de metas no setor onde trabalha?
10. Existe um plano de serviço diário?
11. Existem programas destinados à melhoria da qualidade?
12. Existe análise de risco em seu setor?
13. A descrição dos serviços é feita de forma padronizada?
14. Existe orientação\ treinamento sistemático aos funcionários quanto à prevenção de acidente do trabalho?
15. Está prevista a assistência médica em caso de acidentes de trabalho?
16. Existe uso sistemático de dispositivos individuais e coletivos para a prevenção de acidentes?
17. Existem vestiários equipados com chuveiros para uso dos funcionários?
18. São realizados exames admissionais para todos os funcionários?
19. Há fornecimento de uniforme nos setores onde eles são obrigatórios?
20. Existe médico do trabalho que realize: a) exames periódicos dos funcionários? b) atividades de prevenção de moléstias profissionais?
21. Existem orientações por escrito descrevendo os riscos de contato com as doenças, procedimentos e equipamentos e as respectivas precauções, de acordo com as particularidades do setor?
22. Existe monitoramento de acidentes de trabalho e doenças profissionais com vistas a orientar atividades de prevenção?

23. Há divulgação (quadro de avisos - cartazes – painéis, etc.) com instruções para prevenção de acidentes de trabalho nos vários setores do hospital?
24. O hospital promove atividades de prevenção antifumo, uso de álcool e drogas, DST e AIDS, e outros?
25. Você conhece o plano de prevenção e extinção de incêndios?
26. Você foi treinado o modo de evacuar as instalações em caso de emergência?
27. Sabe da existência de brigadistas?
28. Conhece a importância das anotações em prontuário?
29. Conhece o sistema de registro de informações relativas ao cliente?
30. Conhece todos os protocolos de assistência relacionados à sua função?
31. Você conhece diretor clínico ou médico responsável pelas unidades de internação? E a chefia administrativa?
32. O paciente (ou o responsável por ele) é previamente informado das condutas médicas e dos passos tomados para seu tratamento?
33. Cada paciente tem um médico responsável que centraliza as indicações dos especialistas?
34. Esses profissionais passam visitas diárias em todos os leitos e atualizam as prescrições e evoluções médicas?
35. Existe um médico de plantão no local ou a distância durante 24 horas?
36. Existem médicos no local 24 horas\dia, todos os dias, com a responsabilidade pelos cuidados dos pacientes internados?
37. Existe reunião clínica periódica para discussão de casos clínicos?
38. Existem práticas de avaliação dos processos clínicos e dos seus resultados?
39. Existem condutas padronizadas para o atendimento inicial?
40. Os pacientes são encaminhados com documentação que contenha resumo clínico, diagnóstico, exames realizados e condutas tomadas?
41. A Instituição tem critérios clínicos precisos relativos às transferências de pacientes para outros estabelecimentos?
42. Existe mecanismo de seguimento dos encaminhamentos e transferências?
43. Você conhece o processo de esterilização de material?
44. Conhece as normas relativas à manipulação de material estéril?
45. Conhece as normas de circulação de materiais estéreis e contaminados?
46. O responsável pelo serviço tem título de enfermeiro?
47. Os sinais vitais dos pacientes internados são verificados no mínimo duas vezes ao dia?

48. O intervalo mínimo de verificação dos sinais vitais exclui as áreas de pacientes críticos ou os que têm indicação específica diferente?
49. Os procedimentos são registrados no prontuário em espaço destinado à evolução/anotação da enfermagem?
50. Todo o pessoal admitido recebe treinamento teórico e prático ministrado por enfermeiro?
51. Existe um serviço/gerência de enfermagem encarregado da seleção, treinamento, dimensionamento e administração do pessoal da enfermagem?
52. O responsável técnico pelo serviço de enfermagem responde diretamente ao diretor da Instituição?
53. Todos os responsáveis técnicos das unidades têm título de enfermeiro?
54. Nas anotações de enfermagem são registradas observações sobre o estado geral e psíquico do paciente, assim como os controles e cuidados ministrados?
55. Existem normas, procedimentos e rotinas operacionais escritos e a nos últimos dois anos em todos os postos de enfermagem?
56. Há protocolos escritos sobre:
  - a) lavagem de mãos?
  - b) uso de antissépticos e desinfetantes?
  - c) precauções padrão com sangue e fluidos corporais?
  - d) curativos de feridas?
  - e) cuidados com cateteres intravasculares e urinários?
  - f) limpeza hospitalar?
57. O programa de prevenção e controle das infecções hospitalares contempla ações de uso racional e padronizado de antibioticoterapia baseadas em indicadores levantados?
58. Há monitoramento e treinamentos periódicos do pessoal (médicos, enfermagem) sobre técnicas invasivas de diagnóstico e de terapêutica?
59. O hospital dispõe de mecanismos de comunicação ou de integração com o seu serviço de ambulatorios e serviços de saúde da comunidade para as ações de prevenção e detecção de casos de infecção hospitalar?
60. Você sabe o que é acreditação hospitalar?
61. Sabe qual sua finalidade?
62. Sabe como o processo se instala?
63. Conhece as formas de avaliação?
64. Estaria disposto a participar de cursos a respeito :

- gestão de pessoas;
- gestão de qualidade
- segurança do paciente e dos profissionais de saúde;
- responsabilidade civil dos profissionais de saúde;
- qualidade em saúde;
- conceito e objetivos da acreditação hospitalar;
- a ONA, os níveis de acreditação hospitalar possíveis segundo a ONA e como alcançá-los;
- gerenciamento de pessoas em um ambiente seguro;
- promoção da saúde de forma segura;
- prevenção de agravos à saúde;
- prevenção de danos ao paciente;
- monitoramento e gestão de risco e segurança hospitalar;
- prevenção e controle das infecções;
- gerenciamento de riscos ambientais; gerenciamento ocupacional;
- ética e acolhimento;
- interdisciplinaridade em instituições de saúde;
- gerenciamento de tecnologia;
- visão sistêmica, liderança e estratégia;
- orientação de processos;
- desenvolvimento de pessoas;
- foco no cliente;
- foco na segurança;
- culturas de inovação e de melhoria contínua;
- orientação para resultados.

## **ANEXO 2: INDICADORES PROPOSTOS**

### **I - ADMINISTRAÇÃO GERAL HOSPITALAR**

#### **1. Direção Hospitalar**

1. Há um diretor institucional que permanece no estabelecimento no mínimo seis horas nos dias úteis?
2. A Instituição conta com responsáveis da área médica e administrativa?
3. O responsável da área administrativa possui habilitação de nível superior comprovada?
4. Há um profissional (nível universitário) com especialização em administração hospitalar?
5. Há um conselho de administração que funcione com o órgão superior ou máxima autoridade hospitalar?
6. O Conselho de Administração:
  - a) conta com a participação do diretor clínico e administrativo?
  - b) formula políticas gerais?
  - c) define e aprova o planejamento operacional?
  - d) define as prioridades e controla os resultados institucionais?
  - e) esse conselho se reúne periodicamente?

#### **2. Gestão Hospitalar**

7. Todo profissional possui um prontuário funcional?
8. A direção tem definido o perfil assistencial dos serviços oferecidos?
9. A infraestrutura instalada está de acordo com o perfil assistencial definido?
10. Existe registro de habilitação para os profissionais especializados - técnicos contratados?
11. Sobre a previsão de despesas:
  - a) é feita uma previsão anual – mensal?
  - b) é feito o seguimento da execução dessa previsão?
12. Existem áreas distintas para administração de pessoal e administração financeira?
13. Existem as seguintes atividades na Gerência de Recursos Humanos:
  - a) seleção?



- b) treinamento?
  - c) reciclagem?
  - d) desenvolvimento?
  - e) avaliação de desempenho?
14. Existe controle de receitas e despesas?
15. Todos os profissionais que efetivamente trabalham no hospital, independentemente do vínculo funcional, são cadastrados?
16. Existem padronização e rotinas administrativas voltadas para a gestão de materiais:
- a) cadastro de fornecedores?
  - b) pedidos de compras com especificações detalhadas?
  - c) comitê de compras com participação das áreas interessadas?
  - d) verificação dos controles de qualidade do fabricante\prestador de serviços?
  - e) padronização de produtos?
  - f) avaliação interna da qualidade dos produtos e serviços comprados?
17. A gestão está definida em planejamento institucional calcado em objetivos e metas
18. Existe controle de custos hospitalares
19. A estrutura administrativa do hospital está divididas em unidades gerenciais
20. Existe planejamento para aquisição de equipamentos
21. A gestão hospitalar integra o orçamento e o plano de metas

### **3. Garantia da Qualidade**

22. Há atualização periódica dos prontuários funcionais de todos os profissionais e do registro de certificados de habilitação especializada
23. Houve pelo menos um projeto ou iniciativa para melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos
24. Conta com comissão de
- a) ética médica?
  - b) controle de infecção hospitalar?
25. Um dos critérios para a admissão de profissionais técnicos de nível superior é a análise de seu currículo?
26. Executa programas destinados à melhoria da qualidade de assistências médico-hospitalar?

27. Executa programas destinados à melhoria da qualidade do funcionamento administrativo das áreas de apoio?
28. Conta com as Comissões de:
- a) farmácia e medicamentos?
  - b) prontuários?
  - c) análise de óbitos?
  - d) padronização de materiais?
29. São elaborados levantamentos sobre a avaliação do usuário em relação à assistência recebida, através de questionários distribuídos aos pacientes da internação ou ambulatoriais?
30. Possui grupo coordenador de gestão da qualidade com a participação de, pelo menos, representantes do corpo médico, de enfermagem e administração?
31. A administração realiza programas de garantia da qualidade caracterizados pelo treinamento de funcionários?
32. Existe uma política de desenvolvimento de recursos humanos compatível com a missão e os objetivos da Instituição?
33. Há evidências do uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade e da compreensão desses métodos pelas equipes?
34. É efetuado o levantamento do perfil epidemiológico da demanda e utilizado como instrumento de gerenciamento?
35. Existe serviço de atendimento ao usuário que:
- a) realiza o atendimento?
  - b) efetua controle deste trabalho?
  - c) realiza pesquisas e levantamentos orientados para a garantia da qualidade?
36. Existe levantamento periódico da satisfação dos funcionários?

#### **4. Saúde Ocupacional**

37. Existe orientação\ treinamento sistemático aos funcionários quanto à prevenção de acidente do trabalho?
38. Está prevista a assistência médica em caso de acidentes de trabalho?
39. Existe uso sistemático de dispositivos individuais e coletivos para a prevenção de acidentes?
40. Existem vestiários equipados com chuveiros para uso dos funcionários?
41. São realizados exames admissionais para todos os funcionários?

- 42. Há fornecimento de uniforme nos setores onde eles são obrigatórios?
- 43. Existe médico do trabalho que realize:
  - a) exames periódicos dos funcionários?
  - b) atividades de prevenção de moléstias profissionais?
- 44. Existem orientações por escrito descrevendo os riscos de contato com as doenças, procedimentos e equipamentos e as respectivas precauções, de acordo com as particularidades do setor?
- 45. Existe monitoramento de acidentes de trabalho e doenças profissionais com vistas a orientar atividades de prevenção?
- 46. Há divulgação (quadro de avisos - cartazes – painéis, etc.) com instruções para prevenção de acidentes de trabalho nos vários setores do hospital?
- 47. O hospital promove atividades de prevenção antifumo, uso de álcool e drogas, DST e AIDS, e outros?
- 48. O hospital está classificado por áreas ou funções de risco?
- 49. Há programas preventivos implantados de acordo com esta classificação?

## **5. Segurança Geral**

- 50. O hospital dispõe de saídas de emergências acessíveis e claramente sinalizadas?
- 51. Existe um sistema de prevenção e extinção de incêndios?
  - a) existência de extintores revisados periodicamente de acordo com as normas técnicas (NBR 8674\84 - 7532\82)?
  - b) é possível o acesso de veículos do Corpo de Bombeiros a pelo menos duas fachadas do prédio?
- 52. Há treinamento de pessoal sobre o modo de evacuar as instalações em caso de emergência?
- 53. Existem corrimões em ambos os lados de todas as escadas?
- 54. Existem hidrantes de parede (NB 24-65 – ABNT)
- 55. De acordo com os tipos de combustíveis usados no hospital:
  - a) são seguidas as recomendações técnicas para o armazenamento (disposição e identificação e especificações para extinção de situações de incêndio)? (NB 98\66)
  - b) (os circuitos de distribuição de gases e combustíveis estão devidamente identificados)? (EB 46\85)?
- 56. Existe programação para manutenção do atendimento em caso de calamidade pública?

57. Existem portas corta-fogo (GB 920\EB 132)?

## **6. SAME - Histórias clínicas**

### **A. Arquivo médico**

58. Há um local exclusivo para o arquivamento dos prontuários?

59. Há elaboração de histórias clínicas em todos os atendimentos ambulatoriais e internações?

60. Dos prontuários médicos arquivados:

a) as folhas dos prontuários estão datadas?

b) assinadas, com identificação do paciente e assinatura dos profissionais em todas as folhas?

c) possuem anamnese e exame físico, evolução clínica, resumo e\ou diagnóstico de alta?

61. Dos prontuários nas unidades de internação:

a) há evolução e prescrição médica diárias e atualizadas?

b) há anotações de enfermagem diárias e atualizadas?

c) registro dos resultados de exames complementares?

d) registro de atividades dos demais profissionais de apoio (por exemplo, fisioterapia, psicólogo, serviço social, etc.)?

e) nas clínicas cirúrgica ou obstétrica, constam os relatórios completos de anestesia e cirurgia (ou parto)?

62. Os atendimentos de emergência estão registrados em fichas (formulários) próprias (os)?

63. As anotações nos prontuários são legíveis?

64. Existe um sistema lógico de arquivamento que permita a localização de qualquer prontuário solicitado?

65. Existe sistema de resgate de prontuários pelo nome do paciente?

66. Existe uma única história clínica tanto para o atendimento ambulatorial quanto para internação (prontuário único)?

67. Há controle de entrada e saída de prontuários do arquivo?

68. Qual o sistema utilizado?

69. Há uma comissão de revisão de prontuários de caráter multiprofissional?

70. Há fichário nosológico?

71. Há pessoal lotado exclusivamente para o setor de arquivo?

72. Há normas e padrões definidos e divulgados aos profissionais médicos referentes à elaboração de histórias clínicas, determinados pela comissão de revisão de prontuários?

73. É possível acessar o arquivo durante as 24 horas do dia?
74. A comissão de revisão de prontuários faz levantamentos sobre a satisfação dos diferentes usuários dos registros médicos hospitalares?

## **B. Estatística**

75. Existe registro estatístico de:
- a) consultas?
  - b) altas clínicas ou cirúrgicas?
  - c) nascimentos, partos normais, cesarianas?
  - d) tempo médio de permanência?
  - e) intervenções cirúrgicas?
  - f) óbitos, mortalidade geral e institucional?
  - g) taxa de ocupação hospitalar?
76. O sistema de coleta e processamento dos indicadores acima citados obedece a metodologias preconizadas pelo Ministério da Saúde, apresentadas em Portarias, Normas e manuais técnicos?
77. Há pessoal especificamente dedicado à elaboração de estatística do hospital?
78. Além dos indicadores acima citados, a Instituição trabalha com outros indicadores de qualidade e produtividade:
- a) taxa de mortalidade por clínica?
  - b) taxa de mortalidade operatória?
  - c) taxa de permanência e ocupação por clínica?
  - d) levantamento do perfil nosológico da demanda?
  - e) taxa de rotatividade ou giro de leito?
  - f) taxa de rotatividade de funcionários por categoria e setor?
79. Os registros estatísticos incluem uma classificação das internações por patologias? Qual o método de classificação:
- a) CID?
  - b) outros?
80. Há divulgação ampla das informações processadas?
81. Existem evidências da utilização das estatísticas hospitalares nos processos de gestão?
82. Os levantamentos estatísticos são utilizados sistematicamente como instrumentos para a melhoria da qualidade?

- 83. São organizadas reuniões periódicas de caráter multiprofissional para discussão dos resultados obtidos?
- 84. É feito levantamento dos indicadores de produtividade e de qualidade das áreas de apoio?

## **7. Informação científica**

- 85. Existem publicações das quatro clínicas básicas e sobre emergências em forma de tratados ou manuais escritos em português disponíveis 24 horas
- 86. As publicações existentes têm menos de cinco anos
- 87. Há textos em local de fácil acesso durante 24 horas no PS e UTI's
- 88. Possui área física própria?
  - a) Há um responsável pela biblioteca?
- 89. Há controle de entrada e saída de documentos?
- 90. Todos os documentos são incorporados após uma avaliação técnica?
- 91. Existe assinatura de pelo menos duas revistas científicas?
- 92. Há condições de consulta dos textos dentro do estabelecimento?
- 93. A coordenação da biblioteca informa o corpo profissional sobre as publicações disponíveis?
- 94. Possui pessoal exclusivo?
- 95. Funciona pelo menos seis horas por dia?
- 96. Tem profissional com formação em biblioteconomia?
- 97. Existe um programa de incorporação de material a cargo da direção médica com participação dos demais profissionais da Instituição?
- 98. Existe uma programação em consonância com os chefes dos serviços que define as publicações a incorporar e as que são canceladas?
- 99. Possui índices internacionais atualizados até pelo menos um mês antes?
- 100. Possui acesso a bancos de dados internacionais para consultas bibliográficas?
- 101. A coordenação da biblioteca informa o corpo profissional sobre novas aquisições e materiais disponíveis no mercado?

## **II- ESTRUTRA FÍSICO-FUNCIONAL**

### **1. Projetos\Plantas**

102. A Instituição possui projeto arquitetônico aprovado pela autoridade sanitária e Corpo de Bombeiros?

103. Possui licença de funcionamento (alvará) de todas as edificações e instalações existentes, concedida pela autoridade competente?

104. Há projetos atualizados de instalações:

a) hidráulicas: água e esgoto?

b) elétricas?

c) gases?

105. Há sistema de condicionamento de ar nas áreas críticas: centro cirúrgico\UTI\berçário\central de esterilização?

a) Há projeto básico das instalações de ar-condicionado\ventilação mecânica\climatização, contendo: proposição das áreas, descrição do sistema, tipos de filtros e esquema indicando a localização da central?

106. Possui plano diretor, prevendo a construção e funcionamentos em etapas (quando estiver em reformas ou expansão)?

107. A estrutura arquitetônica permite acesso fácil para manutenção das redes: hidráulica, elétrica, telefônica, etc.

### **2. Acessos**

108. Há facilidades para a chegada e saída de pacientes:

a) acesso seguro para pedestres?

b) acesso facilitado para macas e cadeiras de rodas (rampas, calçada rebaixada, etc.)?

109. Existe pessoal devidamente treinado para orientar e controlar o acesso à Instituição durante 24 horas?

110. Possui acesso (entrada – saída) controlado com níveis progressivos de restrição para:

a) serviço de emergência?

b) unidade de internação?

c) funcionários?

d) pacientes ambulatoriais?

e) cadáveres?

f) materiais e resíduos?

g) visitantes\forneecedores?

111. O hospital conta com facilidade de estacionamento dos veículos dos diferentes públicos?

112. Existe sinalização externa que oriente as pessoas que chegam ao hospital (no mínimo no raio de 500 metros)?

### **3. Circulação**

113. Existem instalações para circulação vertical (rampas e elevadores) de macas e cadeiras de rodas nos estabelecimentos com mais de um pavimento?

114. Há facilidade de utilização de macas e cadeiras de rodas em todas as áreas de circulação de paciente?

115. Possui uma sinalização de fácil compreensão nos circuitos de circulação interna e áreas de acesso restrito?

116. Há independência entre as áreas de espera de pacientes deambulantes ou dos transportados em macas- cadeiras de rodas nas unidades de emergência, radiologia, laboratório e outros?

117. Todos os fluxos de pacientes, funcionários, materiais e resíduos evitam cruzamentos que possam facilitar a contaminação?

### **4. Instalações\ sistema elétrico**

118. As características e a capacidade do sistema elétrico obedecem a padrões de segurança (normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT) e às demais especificações indispensáveis a uma unidade hospitalar?

119. Possui sistemas alternativos de geração de energia e de iluminação para os locais de circulação e áreas críticas?

120. Existe verificação periódica de funcionamento desse sistema?

121. Existe funcionário responsável pelo gerador no caso de o sistema ser manual?

122. Há sistemas alternativos automáticos de geração de energia para as áreas crítica?

123. Existem sistemas de manutenção permanente de geração de energia e de iluminação de emergência para todo o hospital?



## **5. Manutenção geral**

- 124. Possui equipe mínima de plantão ou alcançável para pequenos reparos de emergência e manutenção predial?
- 125. Possui equipe mínima própria ou alcançável para pequenos reparos de emergência dos equipamentos médico-hospitalares?
- 126. As condições gerais do prédio permitem o funcionamento sem colocar em risco os diferentes públicos?
- 127. Conta com setor de manutenção predial estruturado (hidráulica – elétrica)?
- 128. Possui um setor organizado que faz a manutenção dos equipamentos ou acompanha os contratos de manutenção?
- 129. Conta com serviço de engenharia de manutenção e obras que executa ou fiscaliza contratos, com equipe completa no horário comercial e regime de plantão noturno e final de semana?
- 130. Conta com serviço de engenharia clínica, próprio ou contratado, para execução da manutenção ou acompanhamento dos contratos de manutenção de equipamentos?
- 131. Possui plano diretor de aquisição, substituição e conserto de equipamentos?
- 132. Possui plano diretor de manutenção predial?

## **6. Controle de resíduos e portabilidade da água**

Existem rotinas de:

- a) limpeza periódica (a cada 6 meses) do reservatório de água?
  - b) desratização e desinsetização?
- 134. Os reservatórios de água do abastecimento estão cobertos permanentemente?
  - 135. Existe reservatório com capacidade suficiente para garantir o abastecimento ininterrupto de água?
  - 136. O hospital é abastecido de água tratada ou trata no local e realiza análises periódicas (cloro residual livre, coliformes fecais) de amostras coletadas nos principais pontos de consumo?
  - 137. O hospital é servido por rede de esgoto ou possui fossa séptica com tratamento adequado?
  - 138. Há um sistema de saída para resíduos sólidos em condições de segurança?

139. O hospital possui local específico (ventilado, fechado e telado) e exclusivo para o armazenamento de resíduos sólidos, com saída diferente da circulação do público?

140- Existe sistema de coleta seletiva dos resíduos sólidos?

141- Existe manutenção preventiva de todas as instalações sanitárias e hidráulicas?

### **7.Conforto na internação**

142.Todos os ambientes do hospital para acomodação dos pacientes (quartos e enfermaria) possuem iluminação natural?

143. Todos os ambientes do hospital para acomodação dos pacientes (quartos e enfermaria) possuem ventilação natural?

144. É respeitada a privacidade do paciente (unidades de internação, unidades de apoio diagnóstico e serviço de emergência?).

145. Há local ou sistema de guarda de pacientes?

146. Todos os quartos, independentemente do número de leitos, possuem banheiro anexo?

a) Os banheiros permitem passagem de cadeiras de banho e\ou de rodas?

147. É respeitado o livre acesso a todos os lados do leito?

148. Todos os pacientes dispõem, à cabeceira do leito, de alarme para chamada do pessoal de enfermagem?

149. Em todos os andares de internação há pelo menos um carrinho (ou similar) equipado com material de emergência?

150. Os banheiros das unidades de internação dispõem de água fria e quente?

151. As enfermarias têm no máximo quatro leitos?

152. Possui apartamentos individuais com direito a acompanhante?

153. Existe sistema de condicionamento de ar?

154. Os banheiros possuem barras de apoio para os pacientes?

155. Os banheiros possuem campainhas para os pacientes se comunicarem com a enfermagem?

156. As portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis?

### **III. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

#### **1. Continuidade da assistência médica**

157. Existe um diretor clínico ou médico responsável pelas unidades de internação?
158. Existem profissionais médicos em tempo parcial ou integral que se ocupam do seguimento dos pacientes internados?
159. O paciente (ou o responsável por ele) é previamente informado das condutas médicas e dos passos tomados para seu tratamento?
160. Cada paciente tem um médico responsável que centraliza as indicações dos especialistas?
161. Esses profissionais passam visitas diárias em todos os leitos e atualizam as prescrições e evoluções médicas?
162. Existe um médico de plantão no local ou a distância durante 24 horas?
163. Existem médicos no local 24 horas\dia, todos os dias, com a responsabilidade pelos cuidados dos pacientes internados?
164. O modelo assistencial contempla o trabalho multiprofissional nas unidades de internação?
165. Existe reunião clínica periódica para discussão de casos clínicos?
166. Há garantia de seguimento marcado para todos os pacientes saídos?
167. O modelo assistencial integra atividades preventivas, curativas e de reabilitação?
168. Há possibilidade de integração com o seguimento domiciliar?
169. Existem práticas de avaliação dos processos clínicos e dos seus resultados?
170. Existe comissão (ou atividade) de análise de óbitos:
- a) de caráter multiprofissional?
  - b) conta com a participação de patologista?
  - c) trabalha com o objetivo de controle da qualidade?

#### **2. Transferências e referências**

171. Os pacientes atendidos na Instituição contam com algum sistema de referência para procedimentos especializados de diagnóstico ou prestação de serviços de maior complexidade?
172. Quem determina as transferências é um médico presente no momento?

173. Existe pessoa responsável pelos procedimentos de transferência e encaminhamentos, inclusive procura de vagas?
174. Os pacientes são encaminhados com documentação que contenha resumo clínico, diagnóstico, exames realizados e condutas tomadas?
175. Há meio de transporte próprio ou contratado que conta com os seguintes elementos:
- a) acompanhante treinado em emergências?
  - b) oxigênio e material de reanimação?
176. A Instituição tem critérios clínicos precisos relativos às transferências de pacientes para outros estabelecimentos?
177. Existe encaminhamento para serviços ou estabelecimentos (ambulatório ou serviços de menor complexidade) para o seguimento e o prosseguimento do tratamento dos casos que superaram a fase crítica?
178. Há meio de transporte próprio ou contratado que conta com os seguintes elementos:
- a) assistência médica?
  - b) equipamentos para medicina crítica?
  - c) incubadora de transporte?
  - d) medicação de emergência?
179. Existem condutas padronizadas para o atendimento inicial, forma mais adequada de transferência e relação de estabelecimento mais adequado para, pelo menos três das seguintes situações:
- a) insuficiência respiratória?
  - b) insuficiência circulatória?
  - c) insuficiência suprarrenal aguda?
  - d) casos psiquiátricos agudos?
  - e) abdome agudo?
  - f) quadro neurológico agudo?
  - g) politrauma?
180. Existe mecanismo de seguimento dos encaminhamentos e transferências?
181. A Instituição faz avaliação do estabelecimento de referência?

### **3. Central de processamento de materiais**

182. Há um local, situado em área de circulação restrita, onde se realizam a preparação e a esterilização de todos os materiais da Instituição?
183. As estufas estão equipadas com termômetro e termostato?
184. A área de serviço tem três setores:
- a) recepção e lavagem?
  - b) preparo e acondicionamento de matérias?
  - c) esterilização e estocagem?
185. A área de estocagem dispõe de bancadas, estantes e armários para armazenamento de material esterilizado?
186. É feita monitorização visual dos materiais esterilizados por meio de fita termossensível?
187. Todos os procedimentos de esterilização de materiais pelo calor estão centralizados na CME?
188. Os materiais são esterilizados preferencialmente em autoclaves?
189. São efetuados controles biológicos do processo de esterilização (autoclaves) no mínimo uma vez por semana?
190. Caso os materiais termossensíveis sejam esterilizados pelo método químico, verificar:
- a) controle da validade da diluição\ativação do produto;
  - b) os materiais esterilizados por esse método não podem ser estocados.
191. O pessoal que realiza os procedimentos de esterilização tem capacitação específica e é supervisionado por enfermeiro?
192. Existem normas e rotinas, aprovadas pela CCIH, contendo especificações sobre:
- a) procedimento de limpeza e desinfecção do material?
  - b) técnicas de acondicionamento?
  - c) tempo de esterilização conforme as técnicas utilizadas?
193. Os setores são diferenciados e separados por portas ou visores e a circulação dos funcionários impede o cruzamento da área limpa com a área suja?
194. A comunicação com o exterior se realiza através de um balcão ou guichê de recepção e entrega de materiais?
195. A produção é planejada de acordo com a demanda das unidades atendidas?
196. A produção é feita pelo sistema de lotes, que identificam o funcionário, autoclave e a data do processo?
197. Esteriliza materiais termossensíveis por meio de óxido de etileno:

a) serviço próprio?

b) contratado?

198. Se acaso realizar esterilização por óxido de etileno no local, conta com:

a) sistema de ar-condicionado e exaustão de gases?

b) sistema elétrico à prova de explosões?

199. Fazem-se controles biológicos de todos os materiais esterilizados?

200. Faz-se análise dos resíduos de óxido de etileno?

|             |  |   |                        |  |
|-------------|--|---|------------------------|--|
| Enfermeiros |  | % | Enfermeiros –<br>leito |  |
| Técnicos    |  |   | Técnicos - Leito       |  |
| Auxiliares  |  |   | Auxiliares –<br>Leitos |  |
| Atendentes  |  |   | Atendentes –<br>Leito  |  |
| Total       |  |   | Pessoal – Leito        |  |

#### 4. Serviços de enfermagem

201. O responsável pelo serviço tem título de enfermeiro?

202. Os sinais vitais dos pacientes internados são verificados no mínimo duas vezes ao dia?

203. O intervalo mínimo de verificação dos sinais vitais exclui as áreas de pacientes críticos ou os que têm indicação específica diferente?

204. Os procedimentos são registrados no prontuário em espaço destinado à evolução/anotação da enfermagem?

205. Os cuidados são executados por profissionais com qualificação profissional?

206. Todo o pessoal admitido recebe treinamento teórico e prático ministrado por enfermeiro?

207. Existe um serviço/gerência de enfermagem encarregado da seleção, treinamento, dimensionamento e administração do pessoal da enfermagem?

208. O responsável técnico pelo serviço de enfermagem responde diretamente ao diretor da Instituição?

209. Todos os responsáveis técnicos das unidades têm título de enfermeiro?

210. Nas anotações de enfermagem são registradas observações sobre o estado geral e psíquico do paciente, assim como os controles e cuidados ministrados?

211. Existem normas, procedimentos e rotinas operacionais escritos e a nos últimos dois anos em todos os postos de enfermagem?
212. A proporção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem é maior que a de pessoal não habilitado?
213. Existem atividades de educação continuada, baseadas nas necessidades assistenciais nos diversos serviços?
214. O serviço de enfermagem faz levantamentos de satisfação do usuário e investiga as causas?
215. Existem planejamentos e organização do atendimento de enfermagem, definidos em planos assistenciais\prescrição de enfermagem?
216. Existem práticas de avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus resultados?
217. O corpo de enfermagem participa de reuniões clínicas multiprofissionais?

## **5. Controle de infecção hospitalar**

218. Há protocolos escritos sobre:
- a) lavagem de mãos?
  - b) uso de antissépticos e desinfetantes?
  - c) precauções padrão com sangue e fluidos corporais?
  - d) curativos de feridas?
  - e) cuidados com cateteres intravasculares e urinários?
  - f) limpeza hospitalar?
219. O pessoal hospitalar recebe treinamento específico, sistemático e periódico sobre o assunto (item 218) no próprio estabelecimento?
220. O método de vigilância epidemiológica é realizado por meio de um dos subitens abaixo:
- a) busca ativa de casos?
  - b) busca passiva (ficha de notificação)?
  - c) misto?
221. Há pelo menos um médico e um enfermeiro encarregado pela execução das ações de controle de infecção (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)?
222. Existe facilidade de isolamento para todos os portadores de doenças infecto\contagiosas, quando necessário?
223. Existe uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que planeja, normatiza e assessora a direção do hospital com as seguintes características?

- a) as reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas?
- b) nos registros das atas existem evidências de definição de diretrizes para a ação de controle de infecção hospitalar do ano corrente?
- c) as informações coletadas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica são avaliadas e confrontadas com o trabalho da SCIH?

224. O programa de prevenção e controle das infecções hospitalares registra e analisa os subitens abaixo:

- a) identificação das cepas prevalentes?
- b) perfil de resistência microbiana?

225. O programa de prevenção e controle das infecções hospitalares contempla ações de uso racional e padronizado de antibioticoterapia baseadas em indicadores levantados

226. Os relatórios produzidos pelo SCIH são divulgados para pelo menos um dos subitens abaixo:

- a) áreas, unidades ou departamentos?
- b) para todos os profissionais médicos?
- c) para as demais comissões multiprofissionais além da CCIH?

227. Há monitoramento e treinamentos periódicos do pessoal (médicos, enfermagem) sobre técnicas invasivas de diagnóstico e de terapêutica?

228. O SCIH executa análise dos dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica através de ferramentas da epidemiologia que permita a identificação de um surto em tempo hábil para medidas de controle?

229. Existem ações de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco?

230. A detecção de casos de infecção hospitalar pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é feita com base em definições preestabelecidas?

231. São utilizados métodos ativos de vigilância epidemiológica, orientados em sistema que lhe permita comparações entre instituições assemelhadas?

232. O hospital dispõe de mecanismos de comunicação ou de integração com o seu serviço de ambulatorios e serviços de saúde da comunidade para as ações de prevenção e detecção de casos de infecção hospitalar?



## 6. Serviço de nutrição e dietética

233. Existe pelo menos uma nutricionista e\ou técnico em nutrição no estabelecimento que obedece o horário regular?
234. O serviço dispõe de um manual de dietas por patologia, disponível nas enfermarias, que detalha a composição de nutrientes?
235. O manual de dietas contempla no mínimo dietas por patologias do aparelho digestivo, diabetes, dieta branda, líquida, hipossódica, hipo e hiperprotéica?
236. Existe relação entre as dietas do dia efetivamente recebidas pelos pacientes e as diferentes prescrições dietéticas?
237. A cozinha dispõe de:
- a) frigorífico ou geladeiras em funcionamento?
  - b) telas nas janelas?
  - c) locais específicos de armazenamento de mantimentos?
  - d) piso lavável?
238. São cumpridas as normas de higiene:
- a) limpeza do local, ausência de resíduos no piso e de acúmulo de água?
  - b) pessoal uniformizado com touca, avental, calçados fechados?
  - c) pias com sabão para lavar as mãos?
239. Conta com área para preparação de fórmulas lácteas com as seguintes características:
- a) área de higienização?
  - b) área de preparo?
  - c) normas específicas sobre o modo de preparar as diferentes fórmulas?
  - d) são colhidas amostras de preparações, uma vez por semana, e feitas análises microbiológicas?
240. Existe um sistema que garanta a chegada regular de comida quente?
241. Os pacientes consideram a alimentação satisfatória?
242. Dispõe de nutricionista para:
- a) organização do serviço?
  - b) visitas diárias a todas as enfermarias?
  - c) supervisão da produção?
243. A(s) nutricionista (s):
- a) planeja(m) a compra de provisões?
  - b) organiza(m) o cardápio diário?

244. A área física é dividida em

- a) área de pré-preparo (área fria)?
- b) área de preparo e cocção (área quente)?

245. Existem normas e rotinas escritas para todos os subitens:

- a) recepção dos gêneros alimentícios?
- b) preparo dos alimentos?
- c) técnicas de conservações de alimentos?

246. O serviço faz levantamentos de satisfação do usuário a respeito do cardápio, quantidade e temperatura de alimentos?

247. O serviço de nutrição planeja, acompanha e supervisiona as atividades de desratização e desinsetização do seu setor?

248. Existe um serviço de nutrição que intervém diretamente na prescrição dietética dos pacientes nutricionalmente comprometidos?

- a) Acompanha a evolução do estado nutricional desses pacientes?

249. Há possibilidade de acompanhamento ambulatorial na área de educação alimentar?

250. Existe equipe multiprofissional que atua em programas de educação alimentar?

251. Existem atividades de controle de qualidade em todas as fases do processo?

## **7. Serviço de farmácia**

252. O serviço tem um responsável técnico?

253. Existe área própria para armazenamento de medicamentos?

254. A área conta com geladeira exclusiva para conservação de medicamentos?

255. O serviço faz o controle de estoque?

256. Se o sistema de distribuição é dose coletiva, há um controle rigoroso da validade dos medicamentos?

257. Há um rigoroso controle dos medicamentos psicoativos controlados (portarias do Ministério da Saúde) quanto a:

- a) armazenamento?
- b) estoques satélites (centro cirúrgico, pronto-socorro, UTI's?).
- c) distribuição para as unidades de internação?

258. Existe farmacêutico com jornada mínima de seis horas diárias no serviço?

259. A farmácia trabalha em consonância com a CCIH na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antibióticos?

260. Existe, e se atualiza, uma relação de medicamentos padronizados para uso do estabelecimento?

261. As compras de medicamentos são programadas e efetuadas de acordo com a padronização do estabelecimento?

262. O sistema de distribuição se dá por meio de:

a) dose individual?

b) dose coletiva?

263. A respeito do sistema de distribuição de dose unitária\individualizada?

a) há padronização de horários para recebimento de receitas?

b) há normas escritas para o fracionamento e embalagem dos medicamentos?

c) existe local específico para a tarefa?

d) há rotinas escritas e aprovadas pela CCIH para a limpeza dessa área?

e) os profissionais da área são técnicos farmacêuticos com supervisão do farmacêutico responsável?

f) fluxo laminar caso fracione\prepare injetáveis (dose individualizada)?

264. Tem condições de garantir o fornecimento de fórmulas de nutrição parenteral?

a) compra de terceiros

b) fabricação própria

265. Caso possua capela fluxo laminar, há:

a) rotinas escritas de limpeza da área?

b) rotinas escritas para a produção?

c) rotinas de análises microbiológicas dos produtos nela manipulados?

266. Há dispensação durante as 24 horas com pessoal específico do setor?

267. Há atividades sistemáticas de avaliação da utilização de medicamentos, de reações adversas e de outras questões referentes à farmacovigilância na Instituição?

## **8. Central de processamento de roupas**

268. A retirada de roupa suja e a entrega de roupa limpa são realizadas diariamente durante o ano inteiro?

269. Há roupas em número suficiente para atender à demanda?

270. As roupas utilizadas são transportadas em sacos impermeáveis e em “carinho” fechado?

271. Estão disponíveis, na área de lavagem, as “receitas” para os processos de lavagem?

272. Os funcionários que manipulam a roupa suja estão devidamente uniformizados com gorro, máscaras, luvas, botas e roupas exclusivas do setor?
273. O local apresenta condições aceitáveis de ventilação, temperatura e ruído?
274. O processamento de roupas na lavanderia utiliza o sistema de barreira de contaminação?
275. Há uma estrutura que garanta pequenos reparos nas roupas?
276. É feita uma contagem (anual, semanal, etc.) das roupas em uso?
277. O encarregado do setor tem treinamento específico em lavanderia hospitalar?
278. Há normas escritas a respeito de:
- a) coletas das roupas sujas na unidade?
  - b) entrega das roupas limpas?
  - c) processo de lavagem (não se aplica a serviços externos)?
279. A troca de roupa de cama de pacientes com feridas abertas e\ou secreções é efetuada sempre que necessário?
280. As roupas se encontram em bom estado de conservação?
281. Os insumos utilizados foram padronizados pela CCIH?
282. Existe um sistema de controle da entrada e saída de roupas na lavanderia?
283. Há padronização (cores, desenho, etc.) das roupas entre as diferentes unidades de internação?
284. É fornecido ao paciente, durante a internação, o enxoval completo (roupa de cama, toalhas, pijama e robe)?
285. Todos os funcionários são treinados para diminuir os riscos de acidentes e moléstias profissionais ligados a este serviço?
286. São feitos levantamentos, junto aos pacientes, a respeito da qualidade das roupas (textura e odor)?

## **9. Higiene Hospitalar**

287. O pessoal do serviço recebe instruções básicas a respeito de:
- a) técnicas de varrer?
  - b) desinfecção de superfícies?
  - c) limpeza terminal de todas as unidades?
  - d) manuseio do lixo hospitalar?
288. O pessoal da limpeza está devidamente uniformizado (roupas, luvas, botas e gorro específico para a função)?

289. Todos os ambientes são limpos diariamente?
290. O lixo de todas as unidades é retirado diariamente?
291. O local de depósito de resíduos sólidos é lavado diariamente?
292. Há um encarregado do setor devidamente treinado?
293. Há normas escritas e padronizadas pela CCIH para
- a) limpeza diária de todas as unidades?
  - b) desinfecção de superfícies?
  - c) limpeza terminal de todas as unidades?
  - d) transporte e tratamento específico do lixo?
294. Os insumos utilizados são padronizados pela CCIH?
295. Há prática de checagem (diária) das rotinas de limpeza em todas as unidades?
296. O pessoal recebe treinamentos constantes a respeito de higiene hospitalar?
297. Há normas técnicas para o tratamento de resíduos de alto risco (lixo potencialmente infectante e radioativo, inclusive)?
298. O pessoal que manipula o lixo conta com avental impermeável, botas, luvas e máscara?
299. Há coleta seletiva do lixo limpo?
300. Dentro da Instituição realizam-se campanhas que visem manter a limpeza e a ordem no ambiente de trabalho?

## **IV - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

### **1. Laboratório de análises clínicas**

301. O laboratório processa no local todas as fases dos parâmetros relacionados abaixo:

- a) bioquímica básica?
- b) hematologia básica?
- c) microscopia direta?

302. Existem condições adequadas para realizar esses parâmetros?

- a) bancadas
- b) centrífuga
- c) tubos, lâminas, pipetas, etc.
- d) reagentes
- e) microscópio
- f) banho-maria
- g) geladeira (exclusiva do local)
- h) espectrofotômetro
- i) outros

303. Há rotinas diárias de verificação do funcionamento, calibragem e temperatura de:

- a) aparelhos?
- b) estufas?
- c) geladeiras?
- d) banhos-maria?
- e) outros?

304. Existe um sistema de identificação da amostra que acompanha todas as fases do processo até a emissão do laudo?

305. São feitos sempre os “controles de qualidade” que acompanham os kits de reagentes?

306. A relação ou escala dos técnicos e outros profissionais de plantão, ativo ou à distância, está acessível?

307. Existe um esquema para a realização de exames de urgência?

308. Os laudos incluem informação sobre os valores da faixa “normal” de resultados, conforme a técnica utilizada?

309. A entrega dos resultados é feita em tempo hábil para sua utilização?

310. Há condições de processar, no local, os gases no sangue?

311. São realizados no local identificação bioquímica dos germes e antibiogramas por disco?
312. Realiza outros parâmetros além dos já mencionados?
313. Há supervisão técnica permanente dos processos?
314. Há rotinas de verificação dos resultados antes da emissão dos resultados?
315. Há manuais atualizados sobre as técnicas laboratoriais utilizadas?
316. São realizados controles internos de qualidade (elaboração de “soro padrão” e utilização como controle de qualidade)?
317. No caso de haver técnicas “automatizadas” de análises, há uma rotina de verificação dos resultados emitidos pelo (s) aparelhos(s), realizada por profissional de nível superior especializado?
318. Existem técnicos e/ou profissionais em plantão ativo durante 24 horas?
319. Há técnicas definidas para:
- a) coleta das amostras?
  - b) recepção no laboratório?
  - c) distribuição interna das amostras?
320. O serviço mantém cooperação técnica com outras instituições (treinamentos, confirmação de resultados, etc.)
321. Os resultados estão arquivados e de fácil acesso?
322. O laboratório processa no local ou mantém convênio de acesso eficaz a parâmetros de:
- a) imunologia completa?
  - b) bioquímica total do sangue e outros fluidos?
  - c) hormônios?
  - d) marcadores tumorais?
  - e) técnicas especiais de microbiologia (tipagem, biologia molecular, etc.)?
323. No caso de processar técnicas com material radioativo: os profissionais têm habilitação para uso de material radioativo emitida por autoridade competente na jurisdição que corresponde ao estabelecimento?
324. O serviço está vinculado a um programa externo de controle de qualidade?
325. As solicitações dos exames contêm informações sobre as condições clínicas do paciente, e as mesmas estão à disposição dos profissionais que processam os exames?
326. O serviço faz monitoramento de indicadores em todas as fases do processo?
327. O serviço garante intercâmbio formal com os demais profissionais da Instituição?

## 2. Diagnóstico por imagem

328. Encontra-se regularizado perante a Vigilância Sanitária e demais órgãos oficiais de fiscalização e controle?
329. Conta com pelo menos um equipamento fixo de no mínimo 200mA, com dispositivo antidifusor do tipo colimador?
330. Há pelo menos duas pessoas habilitadas para operar o aparelho de raio X?
331. Há registros dos exames realizados?
332. A entrega dos exames é feita em tempo hábil para sua utilização?
333. É feito o controle personalizado da radiação recebida durante o trabalho (dosímetro)?
334. Há dispositivo de proteção individual e coletiva contra a radiação?
335. Todos os exames processados têm identificação, contendo nome ou registro do paciente e data?
336. É feito controle de:
- a) filme (armazenamento e validade)?
  - b) técnica utilizada (cálculo dos parâmetros da carga e tempo de exposição e o posicionamento do paciente)?
  - c) revelação (validade dos produtos)?
337. A área física dispõe de áreas diferenciadas para:
- a) preparação e vestiário para pacientes?
  - b) revelação de imagens?
338. O serviço funciona 24 horas todos os dias da semana?
339. Há um responsável pelo serviço com habilitação específica na área?
340. Conta com equipamento de mais de 200mA, com serigrafia e tela de radioscopia, ou com intensificador de imagens e circuitos fechados de televisão?
341. O espaço físico conta com áreas diferenciadas para elaboração de laudos com negatoscópio?
342. Todos os exames dispõem de laudo emitido por médico radiologista?
343. Existe, no serviço, a programação (escala) de técnicos e médicos com sua distribuição horária e de plantões rotativos?
344. É frequente a troca de opiniões entre o corpo clínico e os radiologistas:
- a) como atividade formalizada?
  - b) como atividade informal?



345. Existe pelo menos um equipamento radiológico portátil, com facilidade de mobilização para exames tanto nas unidades de internação quanto nas salas de cirurgia?

346. Se realizar exames como contraste:

- a) exame é realizado por médico?
- b) os pacientes são devidamente orientados?
- c) há material de ressuscitação cardiorrespiratória (medicamentos e equipamentos) disponíveis no local?

347. Há pelo menos um parêlho de ultrassonografia e pessoal capacitado para seu uso?

348. Caso realize estudos invasivos sob controle radioscópico ou ecográfico, como endoscopias, punções aspirativas, punções-biópsia, arteriografias, etc.:

- a) está previsto pessoal de enfermagem de apoio?
- b) há disponibilidade de vestimentas de proteção, estéreis?
- c) há materiais e medicamentos de emergência?
- d) existe treinamento em técnicas assépticas para os profissionais que trabalham com procedimentos invasivos?

349. São feitos levantamentos de:

- a) taxa de repetição de exames?
- b) consumo de material por exames (filmes, contraste, seringas, etc.)?

350. A qualidade das “imagens” é avaliada por um médico radiologista antes de serem liberadas para a elaboração dos laudos?

351. O serviço funciona como um centro de múltiplas alternativas de diagnóstico por imagem, como pelo menos dois procedimentos diferentes da radiologia convencional no próprio edifício, e uma rede disponível de serviços para garantir toda a gama tecnológica de diagnóstico existente na área?

352. Os exames radiológicos de maior complexidade são solicitados de acordo com critérios previamente definidos junto ao corpo clínico (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, arteriografias, angiografias, etc.)?

353. A área física é periodicamente avaliada para verificar a não-existência de fugas de radiação?

### **3. Métodos gráficos**

354. Realiza-se pelo menos eletrocardiograma para:

- a) pacientes ambulatoriais?
- b) nas unidades de internação

355. Todos os exames são registrados?

356. É elaborado laudo médico para todos os ECG?

357. Realiza-se pelo menos um dos exames abaixo relacionados:

- a) ECG de esforço?
- b) ecocardiografia?
- c) tococardiografia?
- d) eletroencefalografia?

358. Os exames são realizados por técnicos treinados?

359. Os laudos são elaborados por médicos especialistas das diferentes áreas?

360. Há cópia de laudos arquivada e acessível?

361. Há atividades de controle de qualidade dos exames?

- a) índice de falhas na identificação no último ano
- b) índice de perda\extravio de exames\relatórios
- c) outros

### **4. Hemoterapia**

362. Existe convênio entre o serviço de hemoterapia e o estabelecimento?

363. A distância entre o hospital e o serviço de hemoterapia permite dispor de sangue certificado em menos de uma hora pelos meios de comunicação habituais?

364. Consta do rótulo da bolsa do hemocomponente pronto para uso:

- a) nome e endereço da Instituição coletora?
- b) nome e volume aproximado do produto hemoterápico?
- c) identificação numérica ou alfanumérica?
- d) a data da coleta, de validade do produto e, nos casos em que se aplique, o horário (plaquetas)?
- e) o grupo ABO e o tipo Rh (D)?
- f) a recomendação “Não adicionar medicamentos” de maneira legível?
- g) o resultado dos testes sorológicos individuais:

- Lues (VDRL)?
- Chagas (2 métodos)?
- sorologia para hepatite B, para hepatite C e anti-HBc?
- HTLV-I\II?
- dosagem de ALT\TGP?
- pesquisa de antígenos irregulares?

365. Das condições de estocagem, transporte e validade do sangue e seus componentes:

a) as geladeiras usadas para o armazenamento de sangue\componentes possuem termômetro em seu interior; são verificadas e anotadas a temperatura a cada seis horas pelo menos (exceto no sistema automático)?

b) há termômetro no interior da caixa de transporte?

366. Dos exames imuno-hematológicos prétransfusionais (do receptor)

a) conta com os meios para provas imuno-hematológicas obrigatórias?

- grupo e fator RH no receptor
- provas de compatibilidade
- grupo e fator Rh no doador

b) existem livros de registro do receptor, dados relacionados aos testes transfusionais, números de unidades transfundidas e demais dados de interesse?

367. O produto hemoterápico é liberado para transfusão através de solicitação pelo médico (assinatura, nome legível e número do CRM)?

368. Existe controle de tempo de transfusão de hemoterápicos?

## **B – PADRÕES APLICÁVEIS SEGUNDO O PERFIL DO HOSPITAL**

### **1. Centro Cirúrgico**

369. É uma área de circulação restrita, separada de outros ambientes por porta que se mantém fechada, com sinalização de “entrada proibida”?
370. O pessoal só ingressa neste setor após vestir o uniforme próprio?
371. Conta com vestiários e lavabos para os profissionais do CC?
372. Conta com lavabos exclusivos para o preparo da equipe cirúrgica, equipados com dispensador de sabão e/ou antissépticos e torneiras acionáveis sem utilização das mãos?
373. Para todas as cirurgias há relatório cirúrgico e ficha anestésica?
374. Existe compatibilidade entre os tipos de procedimentos realizados e os equipamentos e instrumental existente no CC?
375. Existem procedimentos normatizados de limpeza das salas cirúrgicas entre as operações, e são cumpridos?
376. Existe carrinho de anestesia - um por sala - pronto para uso?
377. Existe controle de identificação e encaminhamento das peças cirúrgicas?
378. Existe programação do uso das salas cirúrgicas visando, inclusive, minimizar o risco de contaminação?
379. Existem paredes e pisos impermeáveis e laváveis e telas nas janelas?
380. Existem oxigênio e aspiração em todas as salas de cirurgia e recuperação?
381. Existe sistema de iluminação de emergência para todas as salas?
382. Os anestesiistas controlam a recuperação dos pacientes operados e indicam o momento de traslado para a área de internação correspondente?
383. Existe acesso garantido e rápido a:
- a) hemoderivados?
  - b) análises clínicas?
  - c) unidade de terapia intensiva?
384. Consta com equipamento radiológico portátil para uso intra-operatório?
385. A circulação das macas vindas de outras unidades (enfermarias, OS, UTI, etc.,) não se cruza com a dos cirurgiões, anestesiistas e instrumentadores?
386. Tem no mínimo duas salas cirúrgicas e sempre dispõe de pelo menos um enfermeiro destinado exclusivamente à área cirúrgica?

387. O pessoal de enfermagem dessa área se ocupa com a disposição do material cirúrgico nas salas e controla a saída desse material quando mandado lavar e esterilizar?
388. Durante seu turno de trabalho, o pessoal de enfermagem não assume qualquer função que não esteja relacionada com a área cirúrgica?
389. A disposição de dejetos e resíduos sólidos fora da área cirúrgica é controlada pelo pessoal da enfermagem?
390. A programação cirúrgica diária é de conhecimento das áreas de apoio e enfermarias?
391. As instalações elétricas contam com sistema de aterramento?
392. É feito levantamento de índices e causas de suspensão das cirurgias?
393. É feito levantamento de taxas e análise das causas dos óbitos intra-operatórios?
394. O suprimento de materiais de uso cirúrgico (instrumental, medicamentos, material descartável, antissépticos, fios cirúrgicos, etc.) é planejado de acordo com o procedimento a ser realizado, evitando pedidos de última hora e/ou desperdícios (ex. kits cirúrgicos)?
395. Existem atividades de controle do instrumental cirúrgico?
- a) inventário periódico das peças;
  - b) esquema para garantir reparos e/ou reposição
396. Existe programa de manutenção preventiva dos equipamentos existentes?
397. Existem atividades visando melhorar as taxas de produtividade e de suspensão de cirurgias?
398. O centro cirúrgico faz levantamentos junto aos clientes internos (equipe cirúrgica) com o objetivo de aprimorar seus processos?

## **2. Serviço de anestesiologia**

399. O médico responde pelo ato anestésico preenche sempre a ficha de anestesia?
400. Existe na área cirúrgica uma relação de anestesistas com os respectivos telefones ou formas de localização?
401. Existem equipamento, material e medicamentos anestésicos compatíveis com os procedimentos realizados?
402. Para os hospitais de perfil cirúrgico e/ou com maternidade: existe, pelo menos, um anestesista de plantão no local durante 24 horas?
403. As escalas de serviço dos anestesistas são organizadas a cada dia da semana em plantões ativos?
404. O serviço de anestesiologia está a cargo de um médico responsável que coordena os plantões?

- 405. Realizam-se rotineiramente visitas pré-anestésicas?
- 406. Todas as salas são equipadas para realizar monitoramento cardiorrespiratório e de oxigenação?
- 407. É feito levantamento das taxas de suspensão de cirurgia por motivos relacionados ao procedimento de anestesia? São investigadas as causas?
- 408. Todos os médicos do serviço possuem o título de especialistas (TSA)?
- 409. O serviço coordena regularmente atividades de revisão de casos de acidentes ou complicações anestésicas?

## **2. Anatomopatologia**

- 410. O serviço trabalha com o objetivo de diminuir as taxas de suspensão de cirurgias relacionadas a ele?
- 411. Oferece serviço de anatomia patológica próprio ou conveniado?
- 412. Oferece serviços de:
  - a) citologia geral?
  - b) citologia oncológica?
- 413. O responsável pelo serviço é médico especializado?
- 414. Há materiais e instrumentais necessários para a atividade (microscópio, corantes, materiais e instrumentos para o preparo e corte dos blocos, lâminas, etc.)?
- 415. Há registro permanente dos resultados?
- 416. Existem arquivos de:
  - a) lâminas?
  - b) blocos?
- 417. Realiza-se biópsia de congelação no Centro Cirúrgico?
- 418. Existem normas, rotinas para todos os procedimentos do serviço?
  - a) O serviço de patologia fornece os recipientes e conservantes ao CC?
- 419. Existe arquivo de relatórios e de laudos?
- 420. Existem, por escrito, as diferentes “receitas” para o preparo de corantes?
  - a) O serviço utiliza o método de lâmina controle para corantes?
- 421. É utilizada a metodologia do *check list* e sua utilização?
- 422. Existe rotina de confirmação de laudos?
  - a) em s os casos;
  - b) só para os casos duvidosos.

423. Participa de reuniões anatomoclínicas e discussão de casos junto com as clínicas?
424. Há médico (s) patologistas (s) no local?
425. Há condições para executar técnicas de imuno-histoquímica?
426. Tem acesso a:
- a) microscopia eletrônica?
  - b) análise de imagens DNA?
427. Realiza necropsia de casos selecionados ou acompanha o laudo necroscópico desses casos?
428. O serviço coordena atividades de análise de óbitos com o intuito de controle de qualidade?

### **3. Unidade de terapia intensiva (UTI)**

429. Há médico exclusivo da unidade 24 horas por dia?
430. Há enfermeiro exclusivo da unidade?
431. O médico responsável pela unidade passa visita médica (“visita horizontal”) diariamente junto com os plantonistas?
432. Há pessoal de enfermagem qualificado na proporção de 1 profissional para cada 2 leitos (mínimo de 12 horas\cuidados de enfermagem\paciente\dia)?
433. Possui estoque suficiente para 24 horas de:
- a) medicamentos?
  - b) materiais descartáveis?
434. Verifica-se diariamente esse estoque e se faz reposição do material consumido?
- a) abocate (jelco) de vários tamanhos;
  - b) agulhas de vários tamanhos;
  - c) cânula de traqueostomia;
  - d) cateter de O2 de vários tamanhos;
  - e) cateter para diálise peritoneal;
  - f) dreno de tórax;
  - g) equipo de infusão macro\micro;
  - h) equipe de PVC;
  - i) *intracath* de vários tamanhos;
  - j) luva de procedimento;
  - l) luva estéril

m) equipamentos de proteção individual

435. Possui um monitor cardíaco para cada leito?

436. Há disponíveis e exclusivos da unidade?

a) estetoscópio;

b) esfigmomanômetro;

c) oftalmoscópio.

437. Possui material estéril para procedimentos em estoque suficiente para 24 horas?

438. Existem no local os seguintes recursos técnicos:

a) marcapasso externo transitório?

b) carro para intubação ortotraqueal?

c) eletrocardiógrafo?

d) respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos)?

e) respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1)?

f) oxímetro de pulso?

g) aspirador portátil para drenagens (1 para 4 leitos)?

h) negatoscópio?

i) bomba de infusão?

j) desfibrilador?

439. Possui oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito?

440. A unidade está ligada à fonte alternativa de energia elétrica?

441. Há acesso durante as 24 horas todos os dias da semana a:

a) serviço de laboratório de análises clínicas?

b) serviço de hemoterapia?

c) serviço de radiologia?

d) aparelho portátil de radiologia?

e) centro cirúrgico?

442. Há horário e tempo definidos para as visitas?

443. Há, no local, pelo menos uma pia com sabão e toalhas de papel?

444. A distribuição dos leitos permite sua visualização constante desde o posto de enfermagem?

445. Há um sistema definido para garantir informações aos responsáveis pelo paciente?

446. Há médico intensivista disponível durante 24 horas?

447. Há enfermeiro(s) capacitado(s) em atendimento de UTI exclusivo da unidade durante 24 horas?



448. Conta com assistência de especialistas em:

- a) neurologia?
- b) pneumologia?
- c) nefrologia?
- d) cardiologia?
- e) cirurgia?

449. Médico da UTI mantém intercâmbio com o paciente?

450. O pessoal técnico recebe treinamento constante para:

- a) atendimento de emergências?
- b) cuidados com pacientes em estado crítico?

451. Há pessoal de enfermagem qualificado na proporção de 2 profissionais para 3 leitos? (mínimo de 18 horas\cuidados de enfermagem\paciente\dia)?

452. Conta com assistência de fisioterapia?

453. Existem no local os seguintes recursos técnicos disponíveis para a unidade:

- a) respirador mecânico a pressão positiva volumétrica (1 para 3 leitos – mínimo de dois na unidade)?
- b) capnógrafo?
- c) oxímetro (1 para 3 leitos)?
- d) monitorização de PA não invasiva?
- e) aspirador portátil para drenagem contínua?
- f) equipamentos, soluções e sondas para diálise peritoneal e (ou) hemodiálise.

454. Há atividades de controle de qualidade da assistência prestada?

- a) reunião clínica;
- b) revisão de óbitos e complicações;
- c) levantamento de taxas de mortalidade por diagnóstico;
- d) vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos.

455. Tomam-se medidas específicas de prevenção de IH?

456. Existem impressos padronizados para evolução:

- a) médica?
- b) de enfermagem?
- c) de outros profissionais?

457. Todos os médicos e plantonistas têm especialização em medicina intensiva?

458. Há visita horizontal duas vezes por dia?

459. Todo o pessoal de enfermagem é especializado em terapia intensiva?

460. Utilizam-se protocolos clínicos para determinar o prognóstico de pacientes aceitos na UTI?
461. Há preocupação em preservar o ciclo dia/noite nos pacientes internados?
462. Há respiradores mecânicos a pressão positiva volumétrica na proporção de 1 para 2 leitos, sendo que pelo menos dois permitam efetuar PEEP\CEPAP\IMV?
463. São feitos levantamentos da qualidade dos cuidados de enfermagem?
- a) índice de escaras\tempo de internação;
  - b) índice de complicações de acesso vascular (semana, dia, mês);
  - c) índices de acidentes profissionais.

#### **4. Emergência**

464. O serviço funciona em um local de uso exclusivo com acesso independente?
465. Funciona ininterruptamente o ano inteiro?
466. Conta com as seguintes especialidades médicas, em regime de plantão de 24 horas:
- a) clínica médica?
  - b) cirurgia geral?
  - c) pediatria?
  - d) ortopedia?
  - e) anestesiologia?
  - f) ginecologia e obstetrícia?
467. Conta com equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliares e\ou técnicos) de plantão durante 24 horas?
468. O serviço dispõe de equipamentos, medicamentos e materiais para reanimação e manutenção cardiorrespiratória?
- a) laringoscópio;
  - b) lâmina e sonda orotraqueal de diversos tamanhos;
  - c) balão autoinflável;
  - d) eletrocardiógrafo;
  - e) fontes de oxigênio, ar comprimido e aspiração;
  - f) desfibrilador;
  - g) respirador
  - h) medicamentos de emergência.
469. Dispõe de acesso 24 horas durante o ano inteiro aos seguintes serviços:

- a) radiologia?
- b) laboratório de análises clínicas?
- c) hemoterapia.

470. Todos os pacientes em observação dispõem de:

- a) história clínica?
- b) evolução médica?
- c) anotações de enfermagem?
- d) prescrição?
- e) indicação do encaminhamento ou destino?

471. A Instituição conta com centro cirúrgico que funciona 24 horas?

472. Tem acesso à Unidade de Terapia Intensiva?

473. Existem facilidades para o descanso noturno dos plantonistas em quartos nunca utilizados por pacientes?

474. Há um sistema definido para garantir informações aos acompanhantes e responsáveis pelo paciente?

475. Além das especialidades já citadas, conta com as seguintes em prontidão passiva ou disponíveis à distância?

476. Conta com unidade de reanimação com todas as seguintes características

- a) área destinada à ressuscitação de pacientes com risco iminente de morte (verificar o acesso livre)?
- b) recursos humanos treinados em garantir a sobrevivência imediata do paciente até poder ser removido para serviço adequado?
- c) medicamentos e materiais descartáveis necessários dentro da sala?
- d) cardioscópio?
- e) desfibrilador?
- f) ECG?
- g) respirador?
- h) marcapasso externo?
- i) material estéril para dissecações?
- j) oxigênio, ar comprimido e aspiração?

477. Está em condições e presta atendimento a casos agudos em psiquiatria?

478. Os pacientes não permanecem em observação no serviço por mais de 24 horas?

479. Os recursos humanos lotados na emergência recebem treinamento contínuo em:

- a) atendimento de politraumatizados?

- b) ressuscitação cardiopulmonar?
  - c) manipulação de pacientes em estado crítico.
480. É feita análise da taxa de mortalidade antes de 24 horas?
481. Conta com outras especialidades além das citadas anteriormente, disponíveis durante 24 horas, com acesso ao equipamento do serviço correspondente?
482. Mantém em observação casos agudos de psiquiatria?
483. Existe acesso fácil do pessoal de plantão aos serviços correspondentes às especialidades a mais?
484. O serviço é integrado com o serviço de resgate da comunidade para o atendimento a vítimas de desastre e calamidade pública?
485. O serviço utiliza protocolos clínicos para (pelo menos três situações):
- a) insuficiência respiratória?
  - b) insuficiência circulatória?
  - c) insuficiência suprarrenal aguda?
  - d) casos psiquiátricos agudos?
  - e) abdômen agudo?
  - f) quadro neurológico agudo?
  - g) politrauma.
486. São feitos levantamentos da eficiência desses protocolos?
487. Há possibilidade de assistência psicológica no local?
488. Existe um esquema de assistência aos acompanhantes de pacientes em risco de vida?

## **5. Assistência perinatal básica**

489. Conta com médico de plantão, ativo ou à distância, 24 horas por dia?
490. Todos os partos são assistidos por:
- a) médico?
  - b) enfermeira obstétrica - obstetriz?
491. Tem pessoal de enfermagem em plantão ativo 24 horas por dia?
492. A equipe médica e de enfermagem está treinada em ressuscitação neonatal?
493. Se for preciso realizar uma cesárea de emergência, há capacidade de mobilizar a equipe e de iniciar a cirurgia em menos de trinta minutos depois da decisão?
494. Os partos são realizados em sala de parto diferenciada, equipada com todos os seguintes itens:

- a) ecocardioscópio fetal?
- b) estetoscópio de Pinard?
- c) esfigmomanômetro?
- d) estetoscópio?
- e) carrinho de emergência completo, incluindo CG, desfibrilador?
- f) mesa de partos e\ou cadeira de partos?
- g) foco central e auxiliar, com fonte alternativa?

495. Há acesso a uma sala cirúrgica para a realização de cesárias e outros procedimentos de emergência, seja esta a própria sala de parto ou parte de um centro cirúrgico, em conformidade com os requisitos que constam sobre centro cirúrgico?

496. Existe um local para recepção do neonato dotado de todos os equipamentos e materiais listados a seguir (caso a sala de cesárea se localize no CC, deve ter os elementos no local):

- a) berço aquecido?
- b) balança?
- c) laringoscópio infantil com lâminas e pilhas?
- d) cânulas para aspiração 2, 5- 4, 5?
- e) sonda para intubação orotraqueal de diversos tamanhos?
- f) balão autoinflável neonatal?
- g) oxigênio?
- h) sonda de aspiração?
- i) medicamentos de urgência (cálcio, bicarbonato, soro, adrenalina, glicose)?
- j) cateter para caracterização umbilical?
- l) material para ligadura do cordão umbilical?
- m) material para a identificação do recém-nascido?
- n) fontes de oxigênio, ar comprimido e aspiração separada para a mãe e o RN?

497. Existe área para observação do RN?

498. Todos os ambientes dispõem de pia com sabão?

499. São verificados sistematicamente todos os subitens no cartão de pré-natal de cada parturiente ou, na falta deles, realizados no local e registrados em prontuário?

- a) sorologia de sífilis?
- b) grupo sanguíneo e fator RH?
- c) estado vacinal para tétano?
- d) dosagem de hemoglobina e hematócrito?

500. Fazem-se o monitoramento e registro rotineiro e regular dos seguintes itens durante o trabalho de parto:

- a) batimentos cardíacos fetais?
- b) pressão arterial materna?
- c) evolução do trabalho de parto?

501. São praticados como rotina em todos os recém-nascidos (e registrados):

- a) pesagem?
- b) verificação de APGAR?
- c) exame físico completo?
- d) idade gestacional?
- e) profilaxia ocular?
- f) administração profilática de vitamina K?

502. É colhido o exame ou dada orientação sobre a necessidade de detecção precoce de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito (teste do pezinho)?

503. Em mães RHo(D) negativas não sensibilizadas, é rotineiramente verificado o grupo do neonato, e caso ele apresente RHo (D) ou DU positivo, a mãe recebe RhIG nas primeiras 72 horas após o parto?

504. É feita e registrada em todos os prontuários a identificação da mãe e do recém-nascido?

505. Pratica-se o alojamento conjunto da mãe do recém-nato saudáveis 24 horas por dia?

506. As gestantes são orientadas sobre as vantagens e manejo do aleitamento materno?

507. Existe anestesia de plantão, ativo ou à distância, 24 horas por dia?

508. O serviço acompanha as taxas de:

- a) cesárias?
- b) natimortalidade?
- c) mortalidade materna?
- d) mortalidade neonatal precoce?

509. São oferecidas informações sobre os métodos e a importância do planejamento familiar?

510. Conta-se com os seguintes recursos médicos em regime de plantão ativo:

- a) obstetra?
- b) pediatria?
- c) anestesia?

511. O serviço está articulado com um serviço de atendimento pré-natal e de puérperas?

512. Mais de 80% das mães e crianças saem da maternidade com o seguimento da visita de puérpera e da criança marcada nessa ou em outra Instituição?

513. Existe acesso 24 horas a ultrassom obstétrico?
514. Nenhum outro alimento, além do leite materno, é dado aos recém-nascidos saudáveis, salvo em circunstâncias excepcionais, quando indicado por escrito pelo médico (recusa à amamentação pela mãe ou existência de contraindicações)?
515. Tem norma escrita sobre aleitamento materno? Essa norma é transmitida a toda a equipe?
516. Toda a equipe está treinada e capacitada para implementar tal norma?
517. Ajudam-se as mães a iniciar o aleitamento nas primeiras horas após o nascimento?
518. Mostra-se às mães como amamentar e como manter a amamentação?
519. Não se dá bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas no seio?
520. São acompanhadas as taxas de:
- a) parto com fórceps?
  - b) baixo peso?
  - c) análise do APGAR?
521. São pesquisados os fatores que influenciam essas taxas?
522. Tem um sistema de informação baseado em histórias clínicas perinatais padronizadas, visando identificar risco perinatal e subsidiar a avaliação de qualidade do serviço?
523. Participa de um sistema regionalizado de atendimento perinatal, fazendo derivação ou recebendo gestantes de alto risco, segundo acordos preestabelecidos?
524. A Instituição promove visitas das gestantes ao hospital?
525. Estimula a formação de grupos de apoio onde às mães serão encaminhadas por ocasião da alta do hospital?
526. O serviço toma medidas técnicas para melhorar as taxas e indicadores acompanhados?
527. Existem reuniões regulares para avaliar casos de óbitos fetais, neonatais e maternos?
528. É oferecida ao companheiro a opção de acompanhar todas as fases do processo?

## **6. Internação pediátrica**

529. Existe um pediatra responsável pelo serviço de plantão, ativo ou à distância, 24 horas por dia?
530. É permitida a permanência 24 horas por dia de um dos pais ou acompanhante da criança?
531. As unidades de internação apresentam condições de segurança para crianças?
- a) camas de criança pequenas com proteção;
  - b) janelas com proteção;

c) acesso restrito à unidade.

532. Existe carrinho de emergência próprio para a pediatria?

533. No serviço de emergência da pediatria faz-se uso rotineiro de reidratação oral como primeira linha de tratamento em doença diarreica, conforme as recomendações da SBP e da OMS?

534. Existe avaliação do estado nutricional básico de todas as crianças internadas?

535. Existe um esforço de criar um ambiente próprio para crianças através de decoração e organização de espaços próprios para brincadeiras atividades educativas ou recreativas?

536. A equipe de enfermagem é treinada na assistência a crianças?

537. Existem avaliação rotineira e orientação para a correção de deficiências na vacinação das crianças?

538. Existem protocolos clínicos “escritos” para o tratamento de (pelo menos duas patologias).

a) infecções respiratórias agudas?

b) doenças diarreicas?

c) correção da desidratação?

d) desnutrição?

e) anemias?

539. Além do direito dos pais ou responsável acompanhante em tempo integral, não há restrição de horário de entrada?

540. Existe abordagem multiprofissional durante a internação, de:

a) assistência social?

b) nutrição?

c) assistência psicológica?

541. Existem atividades de educação em saúde para os pais e acompanhantes?

542. A equipe adota práticas (encenações) com o objetivo de diminuir o stress da internação, procedimentos e cirurgias?

543. Existem reuniões regulares do corpo clínico e de enfermagem para análise de óbitos e casos clínicos relevantes?

544. Avalia a eficiência dos protocolos clínicos adotados?

545. Existem atividades regulares programadas, educativas e de recreação para crianças internadas?



## 7. Neonatologia patológica

546. A unidade opera integradamente com centro obstétrico que atende gestações de risco?
547. A área física é dividida em setores claramente diferenciados para alojar os recém-nascidos de acordo com os níveis de gravidade: médio risco, patológico, alto risco?
548. A concentração de recursos técnicos e humanos acompanha esses graus de gravidade?
549. Há um médico pediatra de plantão ativo, 24 horas por dia, designado exclusivamente para o setor de berçário?
550. Existe um médico pediatra responsável pelo setor que percorre diariamente o setor com o plantonista?
551. Há enfermeiro de plantão 24 horas por dia, exclusivo para o setor?
552. O pessoal de enfermagem está capacitado para exercer as seguintes funções de enfermagem?
553. Há pelo menos um profissional de enfermagem por quatro leitos a qualquer momento?
554. Há acesso 24 horas por dia a:
- a) monitoramento de gases arteriais?
  - b) apoio laboratorial?
  - c) serviço de hemoterapia?
  - d) suporte radiológico?
555. Existem os seguintes equipamentos em número suficiente para atender a demanda em bom estado e com pessoal treinado em seu uso:
- a) incubadoras, com misturador de gases, aquecimento e umidificador?
  - b) respirador neonatal (mínimo de 2 para cada 5 leitos)?
  - c) tendas de O<sub>2</sub>?
  - d) equipamento para fototerapia?
  - e) equipamento para exsanguineotransusão?
  - f) material para drenagem de pneumotórax?
  - g) material para caracterização da artéria umbilical?
  - h) oxímetro de pulso (pelo menos 1)?
  - i) monitor cardíaco (mínimo 2 para cada 5 leitos)?
  - j) bomba de aspiração negativa?
  - l) bomba de infusão para terapia endovenosa?
  - m) existência de condições para isolamento?

556. Existe coleta de leite materno com manejo apropriado e orientação das mães sobre o aleitamento com neonatos nessas condições?
557. É feita vigilância epidemiológica das infecções hospitalares?
558. Há, no local, pelo menos uma pia com sabão e toalhas de papel?
- a) os visitantes são estimulados a lavar as mãos na entrada e na saída?
- b) os visitantes ingressam devidamente paramentados?
559. Existe um esquema\profissionais para garantir as informações às famílias?
560. Há pediatra(s) com especialização em neonatologia encarregado(s) da unidade, e de plantão ativo ou à distância, 24 horas por dia?
561. Caso receba neonatos de outros hospitais, há um protocolo do atendimento que visa diminuir a possibilidade de infecção cruzada?
562. A equipe de enfermagem está capacitada para realizar ressuscitação de emergência de neonatos, tendo recebido treinamento específico durante o último ano?
563. Se a unidade assiste recém-nascidos de alto risco, existe equipe de cirurgia pediátrica, em plantão ativo ou à distância, 24 horas por dia?
564. Existem impressos padronizados para evolução:
- a) médica?
- b) de enfermagem?
- c) outros profissionais?
565. Há reuniões técnicas semanais da equipe?
566. É feita a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos?
567. Todos os profissionais da equipe de atendimento recebem treinamento específico em neonatologia?
568. Existem condições adequadas e normatizadas para coleta e estocagem de leite materno?
569. Existe capacidade para análise de microvolume de sangue para hematologia e bioquímica?
570. Há atividades de controle da qualidade da assistência prestada (todos os subitens):
- a) reunião clínica?
- b) revisão de óbitos e complicações?
- c) levantamento de taxas de mortalidade por diagnóstico?
571. Tomam-se medidas específicas de mortalidade por diagnóstico?

## **8. Atendimento ambulatorial**

- 572. Existe atendimento ambulatorial para pacientes previamente agendados nas especialidades oferecidas pelo hospital?
- 573. O tempo de agendamento é menor que ou igual há sete dias?
- 574. Há pias em boas condições de funcionamento, com sabão e toalhas disponíveis em todos os consultórios?
- 575. O pessoal encarregado da marcação de consultas tem instruções de cada especialidade, sobre frequência, duração e distribuição das consultas?
- 576. Possui material, instrumental e pessoal para executar procedimentos das especialidades que atende?
- 577. Há pessoal de enfermagem disponível para o serviço?
- 578. Possui secretária exclusiva do setor?
- 579. Existe enfermeiro responsável pelo setor?
- 580. Oferece programas multiprofissionais para o atendimento de doenças crônicas?
- 581. Realiza rotineiramente atividades de educação em saúde?
- 582. Funciona em local exclusivo?
- 583. Há médico no local durante o horário de funcionamento?
- 584. Há enfermeiro no local durante o horário de funcionamento?
- 585. As salas de observação são equipadas com carrinho para a reanimação cardiorrespiratória?
- 586. Dispõe de salas de medicação separadas para adultos e crianças?
- 587. Está garantida a transferência para unidades de maior complexidade?

### **No caso de existir serviço de cirurgia ambulatorial:**

- 588. A área é de circulação restrita (o acesso do pessoal é permitido só depois de paramentado)?
- 589. Os pacientes recebem orientações prévias e informações sobre o procedimento?
- 590. Existem materiais estéreis e instrumentais em estoque?
- 591. Existe medicação de emergência e material de ressuscitação cardiorrespiratória?
- 592. Há garantia de assistência médica na observação?
- 593. Há levantamento dos índices de IH nesses procedimentos?

### **No caso de existir atividade de hospital dia:**

- 594. Existe área física exclusiva, equipada com poltronas reclináveis, macas e mobiliário que permita aplicações endovenosas e inalatórias com segurança?
- 595. Há equipe médica constituída por profissionais especializados conforme o atendimento proposto?
- 596. Há equipe de enfermagem exclusiva para a área?
- 597. Há acesso do paciente à equipe multiprofissional?
- 598. Há garantia de internação hospitalar em situação de emergência?
- 599. Existe área exclusiva para o preparo dos medicamentos (para quimioterápicos, há necessidade de fluxo laminar?).
- 600. Há medicação de emergência e material de ressuscitação cardiorrespiratória?
- 601. Existe enfermeiro exclusivo no setor durante todos os turnos de funcionamento?
- 602. Todos os pacientes atendidos são avaliados com enfoque também nas necessidades preventivas?
- 603. O ambulatório conta com especialistas e meios necessários para realizar práticas de diagnóstico (por exemplo, endoscopia) e de terapêutica.
- 604. Realizar agendamento por telefone?

## **9. Diálise\Hemodiálise**

- 605. Há um serviço de atendimento ao paciente, no qual são esclarecidas todas as dúvidas a respeito de retornos, preparo de exames, agendamento, etc.?
- 606. Realiza regularmente programas de diálise e hemodiálise?
- 607. Possui suporte laboratorial durante toda a sessão dialítica?
- 608. Há acompanhamento médico durante toda a sessão dialítica?
- 609. Há serviço de enfermagem com treinamento específico na área?
- 610. Existe área física adequada, com sala e equipamentos separados para pacientes contaminados?
- 611. Há sistema de filtragem e tratamento de água?
- 612. Há identificação e controle rigoroso dos capilares em reuso?
- 613. Todos os pacientes do serviço são protegidos através de vacinação contra a hepatite B?
- 614. Trabalha em coordenação com um programa de transplante renal?
- 615. O serviço realiza rotineiramente CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua).
- 616. Há equipe multidisciplinar atuando junto ao paciente?
- 617. É feita dosagem mensal do teor de alumínio na água utilizada?

618. Há sistema de tratamento da água por osmose reversa?

619 O serviço é dotado de equipamentos que ofereçam maior segurança aos pacientes através de condutivímetro, detector de bolhas, controle de pressão venosa e sistemas automatizados de bloqueio do equipamento?

## **10. Medicina Nuclear**

620. Conta com infraestrutura para as diversas aplicações diagnósticas in vivo dos radioisótopos?

621. Há médico especialista em Medicina Nuclear?

622. Possui alvará de funcionamento de autoridade competente exibida em local visível?

623. Os técnicos possuem treinamento em manejo de equipamento e manipulação de material radioativo?

624. Possui os seguintes recursos técnicos:

a) cintilógrafo linear?

b) calibrador de atividades?

c) detector do tipo “poço”?

d) traçadores radioativos?

e) gama câmara?

f) detector portátil de radiação “Grilles Muller”?

625. Possui área exclusiva para cada equipamento de medição?

626. Os resíduos são eliminados com segurança?

627. Possui área exclusiva para preparo e manuseio de substâncias radioativas?

628. Realiza monitorização pessoal e controle médico periódico dos funcionários do setor?

629. A chefia conta com assessoria de técnicos com habilitação específica no manejo de equipamentos e manipulação de material radioativo?

630. Possui gama câmara com processamento computadorizado de imagens e medições?

631. Existe intercâmbio constante entre o médico solicitante e o especialista em medicina nuclear?

632. Existe treinamento continuado dos técnicos?

633. Existem protocolos “escritos” dos procedimentos?

634. O médico responsável participa das reuniões clínicas gerais?

635. Há chefia de médico especialista com assessoria de físico, químico e\ou bioquímico e\ou farmacêutico?

- 636. Possui gama câmara para SPECT (*Single Photon Emission Computadorized Tomography*)?
- 637. Possui monitor portátil para avaliação de contaminação de superfícies?
- 638. Possui quarto para descontaminação radioativa de pacientes inoculados com iodo radioativo?
- 639. Realiza atividades de avaliação dos protocolos de serviço?

## **11. Radioterapia**

- 640. Possui alvarás atualizados da Vigilância Sanitária e do CNEN?
- 641. Há médico especialista em radioterapia?
- 642. Há físico-médico para calibração do equipamento, dosimetria clínica e planejamento do tratamento?
- 643. Conta com equipamento de cobaltoterapia?
- 644. Conta com equipamento para radioterapia superficial?
- 645. Pode utilizar técnicas de agulhas ou tubos de Césio 137?
- 646. Pode utilizar doses terapêuticas de Iodo 131 ou soluções intracavitárias?
- 647. Pode realizar tratamentos com radioisótopos infundidos ou implantados?
- 648. Pode utilizar implantes intersticiais de Irídio 192?
- 649. Elabora relatórios mensais de controle de radiação?
- 650. Possui compêndio de protocolos terapêuticos por patologia?
- 651. Os protocolos são efetivamente utilizados?
- 652. Trabalha com técnicos especializados em radioterapia?
- 653. Há sinalização clara advertindo sobre o risco de radiação?
- 654. Todos os funcionários da área recebem treinamento específico sobre riscos e medidas de prevenção relacionadas à atividade?
- 655. São feitos exame médico e laboratorial de todos os funcionários, como medidas de proteção?
- 656. Possui acelerador linear de até 6MEV com ou sem capacidade para utilização de elétrons?
- 657. Possui simulador localizador?
- 658. Realiza seguimento dos casos atendidos visando à melhoria da técnica e acompanhamento do tratamento dos efeitos colaterais da radioterapia?
- 659. Mantém intercâmbio formal com outros serviços?

660. O serviço trabalha com coordenação em coordenação com programas de atendimento multiprofissional ao paciente com câncer?
661. Possui acelerador linear de mais de 6 MeV que pode irradiar raios X ou elétrons?
662. Possui dosimetria computadorizada?
663. Faz controle periódico com intervalos específicos para cada patologia dos pacientes submetidos à dosimetria computadorizada?
664. Os profissionais do serviço estagiam ou participam de estudos de radioterapia de reconhecimento internacional?

## **12. Reabilitação**

665. Executa tratamentos de reabilitação primária em internação geral ou terapia intensiva?
- a) fisioterapia respiratória;
  - b) massagens;
  - c) mobilização.
666. Essas atividades são executadas por profissional habilitado?
667. Os procedimentos são registrados na evolução diária do paciente?
668. O responsável pelo serviço é profissional universitário especializado em reabilitação?
669. Há registro e controle (ficha, cartão, etc.) dos pacientes em tratamento?
670. O tratamento realizado é planejado e segue um programa?
- a) há programas de reabilitação orientados para as especificações de cada patologia (por exemplo, cardiologia, pneumologia, hemofilia, etc.)?
671. Todos os técnicos possuem habilitação específica em reabilitação?
672. Há um programa de reciclagem dos técnicos e profissionais do serviço?
673. Em caso de ginásio: verificar os equipamentos e aparelhos existentes, assim como seu estado de conservação.
674. Há médico fisiatra responsável pelo serviço?
675. Há uma equipe profissional disponível para a unidade constituída por:
- a) fisioterapeuta?
  - b) fonoaudiólogo?
  - c) terapeuta ocupacional?
  - d) psicólogo?
676. Tem acesso a outros especialistas de apoio?
677. Existe intercâmbio com os demais serviços do hospital?

678. Realiza consulta de controle evolutivo após a conclusão do tratamento?

### **13. Serviço Social**

679. Existe profissional habilitado em Serviço Social?

680. Dispõe de tempo para entrevistas e reuniões com os pacientes?

681. Possui local para entrevistas com isolamento acústico e visual?

682. Possui normas e procedimentos escritos, revisados periodicamente?

683. Possui arquivos de relatórios socioeconômicos dos pacientes?

684. Há registros das tarefas dos membros do serviço?

685. Participa de reuniões multiprofissionais com registro das atividades?

686. Realiza visitas domiciliares?

687. Trabalha em coordenação com a comunidade?

688. Realiza identificação de grupos de risco social?

689. Oferece atendimento aos serviços da Instituição?

### **14. Posto de coleta de sangue**

690. O serviço conta com lugar exclusivo para as suas finalidades?

691. Há alvará da Vigilância Sanitária exposto em lugar visível?

692. Há um médico responsável pelo serviço?

693. Há rotinas de procedimentos dirigidos ao doador?

a) entrevista epidemiológica?

b) realização de exame clínico do doador?

c) realização no local hematócrito do doador?

d) presença do responsável técnico no ato?

e) registro completo dos doadores?

694. Os coletores são profissionais de enfermagem com treinamento específico?

695. A cadeira de doador é reclinável, permitindo que ele se deite caso seja necessário?

696. É executado o registro de intercorrências com doadores?

697. As bolsas de sangue e tubo de amostras são armazenados em geladeiras (exclusivas do local) até serem levadas para o banco de sangue (exceto quando destinadas à preparação de concentrado de plaquetas)?



698. O doador recebe o resultado das sorologias normais pelo correio (ou pessoalmente) e, caso estejam alterados, é notificado para receber instruções no local (orientar e encaminhar o doador para serviços complementares de diagnóstico e tratamento)?

699. Há atividades de avaliação da eficiência da triagem epidemiológica?

700. Há protocolos clínicos “escritos” para a assistência das intercorrências com os doadores?

701. Existe um programa de estímulo para a captação de doadores periódicos?

## **16. Agência transfusional**

702. O médico responsável supervisiona as unidades de sangue recebidas pelo serviço?

703. O serviço verifica se foram realizados os seguintes exames:

a) tipagem ABO – Rh – antígeno D fraco?

b) Lues (VDRL)?

c) Chagas (dois métodos)?

d) sorologia para hepatite B, C, anti-HBc?

e) detecção de anti-HIV?

f) HTLV-I/II?

g) dosagem de ALT/TGP?

h) outros?

704. Conta durante 24 horas com:

a) médico hematologista/hemoterapeuta disponível?

b) pessoal técnico de plantão ativo ou à distância?

705. O pessoal técnico conta com supervisão ativa do responsável pelo serviço, com reuniões periódicas?

706. Em caso de reações transfusionais, o serviço de hemoterapia dispõe de protocolos de procedimentos escritos para condução do evento?

707. Dos procedimentos especiais:

a) O serviço de hemoterapia apresenta condições estruturais para a execução de procedimentos especiais (aférese) com a presença de profissionais médicos e de equipamentos e materiais para socorro em situações emergenciais?

b) O doador recebe informação e explicação sobre possíveis riscos do procedimento e dá consentimento por escrito?

c) O serviço de hemoterapia mantém registros de doadores e obedece aos intervalos mínimos entre duas doações nesses procedimentos especiais?

## 17. Banco de sangue

708. Verificar todas as seguintes características:

- a) é dirigido por um profissional especializado?
- b) tem registro permanente de doadores e receptores?
- c) realiza avaliações periódicas a reações adversas?
- d) é centro de referência para outros estabelecimentos?
- e) fornecimento de matérias-primas às plantas de hemoderivados?

709. Há um sistema interno de identificação das amostras, bolsas e hemoderivados?

710. Há normas escritas e atualizadas sobre (todos os subitens):

- a) fracionamento do sangue inteiro para separar os componentes?
- b) conservação dos componentes para provisão à demanda?
- c) rotinas de verificação e calibragem de aparelhos, geladeiras, etc.?
- d) técnicas laboratoriais utilizadas?

711. São elaboradas todas as provas sorológicas a seguir:

- a) tipagem ABO – Rh – antígeno D fraco?
- b) Lues (VDRL)?
- c) Chagas (dois métodos)?
- d) sorologia para hepatite B, C, anti-HBc?
- e) detecção de anti-HIV?
- f) HTLV-I/II?
- g) dosagem de ALT/TGP?

712. Possui agitador de plaquetas?

713. Existem reuniões periódicas gerenciais para assuntos operacionais e/ou avaliação do desempenho do serviço, no mínimo a cada três meses?

714. Há programas de controle de qualidade interno?

715. Participa de algum programa de controle de qualidade externo?

716. A unidade supervisiona tecnicamente todas as fases do processo (coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão).

**ANEXO 3****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI****FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE****DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

---

**Carta convite para as instituições**

**Esta Instituição é convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Avaliação da estrutura e os processos hospitalares para melhoria na qualidade da assistência” que será coordenada pela Prof. Dra. Renata Aline de Andrade, com a participação do pesquisador Anderson de Almeida Rocha.**

**Esta pesquisa é parte integrante do Projeto de Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Seu objetivo é avaliar a estrutura e os processos para melhoria na qualidade da assistência hospitalar.**

**Será fornecida uma cópia impressa do projeto de pesquisa para seu conhecimento.**

**Atenciosamente,**

---

**Renata Aline de Andrade – Coordenadora do Projeto**  
**Departamento de Farmácia da UFVJM**

**ANEXO 4****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI****FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE****DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

---

Autorização para uso da Instituição coparticipante

(Carta de Anuência)

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Comitê de Ética e Pesquisa

Autorização para uso de Instituição Coparticipante

(Carta de Anuência)

Declaro ter lido e acordado com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, e de conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição esta ciente de suas responsabilidades como Instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa: **“Avaliação da estrutura e os processos hospitalares para melhoria na qualidade da assistência”** e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e do bem-estar. Temos ciência dos objetivos do projeto, abaixo relacionados, e garantimos a disponibilidade de todos os meios técnicos pertinentes à execução da pesquisa em nossas dependências. Autorizamos e nos corresponsabilizamos com o projeto do pesquisador Anderson de Almeida Rocha, em cumprimento a carta 212/CONEP/CNS de 21/10/2010.

Adendo: objetivos do projeto.

Avaliar o conhecimento dos colaboradores do hospital sobre a Instituição que trabalham e acreditação hospitalar.

Promover capacitação dos colaboradores do hospital sobre qualidade na assistência e acreditação hospitalar.

Diagnosticar a situação atual da qualidade no atendimento a clientes de um hospital de referência regional, segundo o padrão de nível 1 da ONA.

Estabelecer uma comissão para acreditação hospitalar para elaboração de propostas de melhorias dos serviços hospitalares.

Propor indicadores para melhoria dos serviços específicos de setores assistenciais conforme exigências da ONA.

Alexander Ischaber Xavier

Diretor do Hospital

Diamantina, 12 de março de 2014.

## ANEXO 5



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e**  
**Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Avaliação da estrutura e os processos hospitalares para melhoria na qualidade da assistência”**, em virtude de projeto de mestrado para melhoria na qualidade da assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde do Vale do Jequitinhonha, coordenada pela Professora Dra. Renata Aline de Andrade e contará ainda com o mestrando Anderson de Almeida Rocha, responsável pela pesquisa.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com o Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Os objetivos desta pesquisa são: avaliar o conhecimento dos profissionais do hospital sobre a Instituição que trabalham e acreditação hospitalar; promover capacitação dos colaboradores do hospital sobre qualidade na assistência e acreditação hospitalar; diagnosticar a situação atual da qualidade no atendimento a clientes de um hospital de referência regional, segundo o padrão de nível 1 da ONA; estabelecer uma comissão para acreditação hospitalar para elaboração de propostas de melhorias dos serviços hospitalares e propor indicadores para melhoria dos serviços específicos de setores assistenciais conforme exigências da ONA.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: entrevista em uma sala apropriada e reservada no hospital nossa senhora da saúde e cursos de capacitação sobre o tema realizados no anfiteatro da UFVJM, bem como no próprio ambiente do hospital. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente três meses.

Nesta pesquisa existe a possibilidade de alguma questão poder causar constrangimento, neste momento, você terá o direito em não responder a questão sem nenhum prejuízo para você.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser a melhoria do seu ambiente de trabalho e dos procedimentos realizados por você e por seus pares.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. (caso a algum desses itens não possa ser assegurado, tal fato deve estar claro e bem justificado). A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa (caso não estejam previsto gastos, informar a fim de justificar que não está previsto ressarcimento). Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Responsável pelo Projeto Anderson de Almeida Rocha

Endereço Praça Redelvim Andrade, 564, Centro, Diamantina CEP 3910000

Telefone (31) 9966 6037 – (38) 3532 1500

Email: [anderson.rocha@ufvjm.edu.br](mailto:anderson.rocha@ufvjm.edu.br)

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba – Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240

Coordenadora: Profa. Thaís Peixoto Gaiad Machado - Secretaria: Dione de Paula

Email: [cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br) e/ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br).

**ANEXO 6****RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.**

Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

**RESOLUÇÃO RDC Nº 93, DE 26 DE MAIO DE 2006.**

Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as normas para o Processo de Avaliação.

**RESOLUÇÃO RDC Nº 921, DE 29 DE MAIO DE 2002.**

Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como Instituição competente e autorizada a operar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de Saúde no Brasil.



## ANEXO 7



**PRPPG**  
UFVJM  
pró-reitoria de  
pesquisa e  
pós-graduação

**UFVJM**  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**SASA**  
Programa de  
Pós-graduação

# 1º SIMPÓSIO EM QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

**Dias 28 de Setembro e  
19 de Outubro de 2013**

**Auditório da Universidade Federal  
dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**  
Campus I - Diamantina / MG  
Rua da Glória, Nº 187 - Centro - Cep 39100-000



## ANEXO 8

### **Limitações do estudo:**

Não houve adesão de alguns setores do hospital. Durante o estudo, a Instituição passou por ingerências administrativas e financeiras o que produziu transtornos assistenciais e de recursos humanos, levando a recusa de alguns setores de aderir a proposta de monitorar indicadores para a melhoria da qualidade. Conseguiu-se a adesão de todos os colaboradores no início da pesquisa, mas no momento de atuação da CAH nos setores, estes parcialmente se dispuseram a participar.

A troca de administração e as várias visões de gestão também foi outro limitador. A Instituição passou por diferenciadas políticas de gestão sem uma uniformidade de ações causando desgaste dos setores administrativos e por consequência a não adesão desses a um novo padrão de qualidade. Havia o receio de retaliações aos colaboradores por parte da direção do Hospital, caso esses pudessem ser identificados em suas respostas. Mesmo após explicado e apresentado o TCLE que garantia o sigilo das informações, os colaboradores não se sentiam seguros ; participavam do instrumento de avaliação, mas não se dispunham a colaborar além disso.

Houve uma deficiente comunicação entre os setores. Esse fato pode ter se dado pelo pouco envolvimento tanto da direção do Hospital ao estudo quanto dos coordenadores de setor. Percebeu-se que entre si os setores não se comunicavam para alinhar seus procedimentos. A cadeia cliente/fornecedor interna não existia de maneira formal. Esse conceito não era aplicado. Isso dificultou a criação de indicadores intersetoriais pela CAH.

## ANEXO 9

### **Produtos:**

O estudo produziu quatro trabalhos de conclusão de curso de discentes da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) em 2014, além de quatro apresentações na III Semana de Integração da UFVJM (SINTEGRA 2014/UFVJM), com a premiação de um deles.

Foi elaborado um Relatório de Gestão à Instituição participante da pesquisa com o intuito de promover uma nova cultura de qualidade no Hospital.